

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

UNIDAD DE POSGRADO

**“RELACIÓN ENTRE CLIMA ORGANIZACIONAL Y
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO
NAVAL”**

TESIS:

**Para optar el Grado Académico de Magíster en Economía con Mención
en Economía y Gestión de la Salud**

AUTOR

Connie Maribel Alvarado Gallardo

Lima – Perú

2014

DEDICATORIA

A mi esposo Francisco Eduardo y a mis hijos Víctor Francisco y Saarah Connie por toda la ayuda y comprensión que me brindaron para el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mis padres Juan Manuel y Rosa Alicia, por sus sabios consejos y guía a lo largo de mi vida, descansen en paz.

A mis hermanos en especial a mi hermano Juan Carlos y amigos por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por la vida y fuerza espiritual que me da para realizar este trabajo de investigación con esfuerzo y perseverancia.

A mi Alma Mater, que es la universidad, a mis maestros por sus sabios consejos y orientación, que me han inculcado a lo largo de la vida profesional, y a todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron positivamente para el desarrollo de la presente Tesis de Maestría.

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE GENERAL	iv
LISTA TABLAS	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
 CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	 16
1.1 Situación Problemática	16
1.2 Formulación del Problema	22
1.2.1 Problema Principal	22
1.2.2 Problemas Específicos	22
1.3 Justificación Teórica	24
1.4 Justificación Práctica	25
1.5 Objetivos	26
1.5.1 Objetivo general	26
1.5.2 Objetivos Específicos	26
 CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	 28
2.1 Antecedentes del problema	28
2.2 Bases Teóricas	35
2.2.1 Concepto de Clima Organizacional	35
2.2.2 Teorías del Clima Organizacional	38
2.2.3 Importancia del clima organizacional	41
2.2.4 Dimensiones del Clima Organizacional	43
2.2.5 Cultura de Seguridad	47
2.2.6 Cultura de seguridad del paciente	49
2.2.7 Pasos para la Seguridad del paciente	52

2.3 Marco conceptual	57
2.4 Hipótesis y Variables	61
2.4.1 Hipótesis General	61
2.4.2 Hipótesis Específicas	61
2.4.3 Variables de Estudio	62
2.4.4 Variables Intervinientes	63
2.4.5 Operacionalización de las Variables	64
 CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	 65
3.1 Tipo y Diseño de investigación	65
3.2 Unidad de Análisis	66
3.3 Población de Estudio	66
3.4 Tamaño de la Muestra	66
3.5 Selección de la Muestra	66
3.6 Técnicas de Recolección de datos	70
3.7 Análisis de datos	91
 CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	 93
4.1 Análisis e Interpretación de Resultados	93
4.1.1 Discusión de Resultados	108
4.2 Prueba de Hipótesis	113
 CONCLUSIONES	 114
RECOMENDACIONES	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	122

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.	Composición de la muestra por Sexo	68
Tabla N° 2.	Composición de la muestra por Rango de Edad	68
Tabla N° 3.	Composición de la muestra por Rango de Tiempo de servicios	69
Tabla N° 4.	Composición de la muestra por Especialidad	69
Tabla N° 5.	Análisis de la Confiabilidad del área de Identificación con la institución	72
Tabla N° 6.	Análisis de la Confiabilidad del área de Relaciones Interpersonales	73
Tabla N° 7.	Análisis de la Confiabilidad del área de Comunicaciones	74
Tabla N° 8.	Análisis de la Confiabilidad del área de Posición Actual	75
Tabla N° 9.	Análisis de ítems y confiabilidad del área de Reconocimiento	76
Tabla N° 10.	Análisis de ítems y confiabilidad del área de Ambiente y Condiciones de trabajo	77
Tabla N° 11.	Análisis de ítems y confiabilidad del área de Dirección	78
Tabla N° 12.	Análisis de ítems y confiabilidad del área de Capacitación y Desarrollo	79
Tabla N° 13.	Análisis de ítems y confiabilidad del área de Remuneraciones	79
Tabla N° 14.	Análisis de ítems y confiabilidad del área de Exigencia en el Mercado	80
Tabla N° 15.	Análisis de ítems y confiabilidad del área de Situaciones de Cambio	81
Tabla N° 16.	Análisis generalizado de la Confiabilidad de la Prueba de Clima Organizacional	82
Tabla N° 17.	Análisis de la Validez de Constructo de la Prueba de Clima Organizacional	83

Tabla N° 18.	Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Seguridad en el área de trabajo	85
Tabla N° 19.	Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Seguridad brindada por la Dirección	86
Tabla N° 20.	Análisis de ítems y confiabilidad del área del Factor Seguridad desde la comunicación	87
Tabla N° 21.	Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Frecuencia de sucesos notificados	87
Tabla N° 22.	Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Seguridad desde la atención primaria	88
Tabla N° 23.	Análisis Generalizado de la Prueba de Cultura de Seguridad del Paciente	89
Tabla N° 24.	Análisis de la Validez de Constructo de la Prueba de Cultura de Seguridad del Paciente	90
Tabla N° 25.	Test de Bondad de Ajuste a la Curva Normal de Kolmogorov - Smirnov de la prueba de Clima Organizacional	93
Tabla N° 26.	Test de Bondad de Ajuste a la Curva Normal de Kolmogorov-Smirnov de la prueba de Cultura de Seguridad del Paciente	94
Tabla N° 27.	Análisis de Correlación entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente	95
Tabla N° 28.	Análisis de Correlación entre los Factores del Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente	95
Tabla N° 29.	Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de Clima Organizacional por Sexo	96
Tabla N° 30.	Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de Cultura de seguridad del Paciente por Sexo.	96
Tabla N° 31.	Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de Clima Organizacional por Profesión	99

Tabla N° 32.	Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de Cultura de seguridad del Paciente por Profesión	102
Tabla N° 33.	Análisis de Varianza de un Factor del Clima Organizacional por Rango de Edad	104
Tabla N° 34.	Análisis de Varianza de un Factor de la Cultura de seguridad del paciente por Rango de Edad	105
Tabla N° 35.	Análisis de Varianza de un Factor del Clima Organizacional por Rango de Tiempo de Servicios	106
Tabla N° 36.	Análisis de Varianza de un Factor de la Cultura de seguridad del paciente por Rango de Tiempo de Servicios.	107

RESUMEN

El objetivo central de la presente investigación fue analizar las relaciones que pudieran existir entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que existe en el Centro Médico Naval con la finalidad de generar alternativas viables que permitan mejorar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que concurren allí.

En el desarrollo de la presente investigación se utilizó la escala de Clima Organizacional de Carlos Cáceres y el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Surveyon Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Los análisis estadísticos a los que fueron sometidas las pruebas nos indican que los instrumentos son válidos y confiables. Estas pruebas fueron aplicadas a una muestra de 234 personas entre médicos y enfermeras.

Los resultados estadísticos nos indican que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionados significativamente, igualmente se ha encontrado que los médicos valoran mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que las enfermeras.

Palabras clave: Clima organizacional, Cultura de seguridad del paciente, calidad de la atención, desempeño laboral.

ABSTRACT

The main objective of the current investigation was to analyse the relationships that may exist between the organizational climate and the culture of Patient Safety that exist in the Navy Medical Centre (*Centro Médico Naval*) in order to generate viable alternatives that permit improve significantly the quality of attention to the patients that go there.

In the development of the current investigation were used the Scale of Organizational Climate of Carlos Cáceres and the Hospital Survey on Patient Safety in its Spanish version (Madrid: Ministry of Health and Consumption [*Ministerio de Sanidad y Consumo*]). The statistical analyses the tests were submitted to indicate us the instruments are valid and reliable. These tests were applied to a sample of 234 people that included both doctors and nurses.

The statistical results indicate us that the organizational climate and the culture of Patient Safety are significantly related. Moreover, it was found that doctors value more the organizational climate and the culture of patient safety than the nurses.

Key words: Organizational climate, culture of Patient Safety, quality of attention, labour performance.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se ha convertido, desde hace ya algunos años, en un objetivo esencial de los sistemas de atención sanitaria. Si lo analizamos desde la perspectiva de la calidad asistencial, la seguridad se identifica claramente como la dimensión clave a considerar en los procesos de mejora de los servicios sanitarios que se han de impulsar desde las instituciones, organizaciones y sociedades científicas en pro de conseguir una mejora efectiva de la calidad.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado el 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, en cuya última actualización, se recomienda además, la medición de la cultura de seguridad, como *feed-back* de los resultados, y las intervenciones realizados.

En las investigaciones al respecto, se han manejado dos perspectivas: a) una centrada en establecer la magnitud del problema y con énfasis en el error médico para lograr disminuir la incidencia de los errores a partir de incidentes analizados; y la otra pone el énfasis en los elementos de la cultura y b) el clima de seguridad, condiciones estas que van a determinar las prácticas diarias.

El primer enfoque prioriza lo cuantitativo, establece la magnitud del problema y elabora guías que permitan establecer un control eficaz. El segundo se inclina hacia el logro de una cultura de seguridad que tome en cuenta las percepciones del personal hospitalario sobre las diferentes dimensiones que la constituyen.

La presente investigación respecto a este tema, se desarrolla dentro del segundo enfoque utilizando un instrumento que permite el acercamiento a la percepción cuantitativa de la seguridad del paciente como uno de los aspectos a indagar cuando se realiza una evaluación de la cultura de seguridad.

Diversos autores han señalado que: “La cultura de seguridad de una institución se define por las creencias, valores, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales o grupales que determinan la forma, estilo y eficacias en el manejo de la seguridad”. Tomando como componentes principales la percepción de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad del paciente.

Lo que se pretende con el presente estudio es contribuir a aumentar el conocimiento de una realidad para apoyar a establecer una línea de base de la cultura de seguridad en el servicio de estudio y que les aporte evaluar en el futuro alguna estrategia de trabajo en conjunto minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en el presente servicio. El aporte se dará al establecer la línea de base de la cultura de seguridad del paciente en el Centro Médico Naval, partiendo de la percepción general de seguridad que tiene el personal encuestado con respecto a las dimensiones claves que la conforman, donde se identificó la percepción que tienen sus colaboradores referente a las políticas y procedimientos existentes en la seguridad del paciente y su relación con el clima organizacional.

Al hablar de clima organizacional no se puede dejar de lado de hablar sobre la cultura organizacional. El clima organizacional está dado por las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo. La “Cultura organizacional” es el modo de vida propio que cada organización desarrolla en sus miembros. La cultura experimenta alteraciones en el transcurso del tiempo, dependiendo de las condiciones internas y externas.

El desarrollo organizacional es un esfuerzo consciente y planificado que realiza el gerente de los centros asistenciales para incrementar a mediano plazo los procesos de motivación-aprendizaje, innovación creativa y de mayor participación democrática grupal, encaminados a mejorar el clima laboral, aumentar la competitividad y la capacidad resolutive de los profesionales de salud y de los directivos, mediante una administración eficaz de la cultura organizacional.

Para lograr esto es necesario el diseño, desarrollo y aplicación de instrumentos que permitan evaluar el clima organizacional; así mismo, el monitoreo y evaluación de los planes de mejora basados en los resultados encontrados.

El presente informe de investigación ha sido estructurado en cuatro capítulos los cuales se dividen de la siguiente manera:

En el primer capítulo se expone el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación, tanto a nivel teórico como a nivel práctico.

En el segundo capítulo se exponen el marco teórico, los antecedentes de la investigación, las bases teóricas especializadas con el tema y el marco conceptual que fundamentan la investigación, finalmente se exponen las hipótesis y las variables.

En el tercer capítulo se presenta la metodología de la investigación, Tipo y Diseño de investigación, Unidad de Análisis, Población y Muestra Análisis datos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, discusión de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones y finalmente se presenta las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud.

El estudio de la cultura de la seguridad del paciente es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos. La cultura de la seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de la atención médica y constituye la esencia misma de las instituciones, en la que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo.

Sin embargo y a pesar del aumento del interés en estudiar la seguridad del paciente por parte de los diferentes actores del sistema,

es común encontrar situaciones determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, diferencia en los propósitos específicos de los actores, insuficiencia de un sistema de salud para llenar las expectativas de las instituciones y diferencias en los abordajes metodológicos de salud de nuestro país, etc. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Sin embargo y a pesar de estas barreras de seguridad, se producen errores en los servicios asistenciales. Estos errores clínicos pueden tener consecuencias graves, incluyendo entre éstas, la muerte de los pacientes. Es por eso que la creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de la calidad y la prevención de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud; por lo tanto, la seguridad de los pacientes es un compromiso de todos para un servicio de calidad y se constituye en una prioridad en la gestión.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar o disminuir en lo posible la aparición de eventos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva, a través de planes de mejora que se realicen con un seguimiento adecuado, para mejorar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente.

Sin embargo y a pesar de lo señalado por la OMS, en nuestro país los problemas de inseguridad hospitalaria son cada vez más apremiantes, tanto que hasta los propios médicos denuncian estas dificultades. Por ejemplo los Médicos del hospital de Essalud Edgardo Rebagliati Martins han denunciado que el servicio de Emergencias de Adultos se ha convertido en un peligroso foco de contagio de tuberculosis (TBC), incluyendo la terrible forma de tuberculosis multidrogorresistente (MDR).

Los pacientes no se quedan atrás en las denuncias. Un caso dramático fue el protagonizado por el paciente Gustavo Echevarne Loayza. Este paciente ingresó al servicio de emergencia del Hospital Rebagliati por un desgarró muscular en el cuello y problemas en la región cervical. Sin embargo, los doctores indicaron que Echevarne

murió luego de realizarle una laparoscopia en el estómago. Así mismo, el domingo, Mayo 13, 2012, una familia denunció ante el Ministerio Público al hospital Edgardo Rebagliati por confundirse de bebés recién nacidos. Los médicos de dicho nosocomio reconocieron el error pero aseguran que los pequeños ya se encuentran con sus padres verdaderos y se han realizados exámenes de ADN para tener mayor seguridad.

Ante estos hechos que generan muchas dudas en la población se realizó en el año 2005 un Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria en la Red Hospitalaria del MINSA, donde establecieron que el estándar para poder tener un juicio de valor sobre los puntajes alcanzados, fue de 90%, así mismo se consideró una escala de graduación del nivel de desarrollo en la gestión hospitalaria que consideró tres grados o niveles (requiere más trabajo, regular y bueno).

En el componente que evaluaba aspectos de gestión relacionada con indicadores asociados a resultados en un establecimiento de salud como son satisfacción de usuarios, indicadores de mortalidad e indicadores de desempeño de la gestión, se pudo observar que el ítem alcanzó un porcentaje de 55%, muy por debajo del estándar de 90%.

En relación a la escala de graduación del nivel de desarrollo de la gestión hospitalaria de MINSA, resultó que solo un 6% alcanzó el calificativo de bueno, la mayor parte correspondió a regular 70% y la cuarta parte que requiere mayor trabajo. Como resultado de este estudio se concluyó que existen problemas que requieren intervenciones puntuales en gestión de los hospitales para revertir la situación que está generando mala calidad de atención y uso ineficiente de recursos e inseguridad de los pacientes en la atención hospitalaria. En este afán el MINSA ha considerado necesaria la evaluación del clima organizacional en el entendido de que generar un adecuado ambiente de trabajo debe mejorar la calidad del trabajo del personal de salud.

La realidad impone esta categoría científica, el clima organizacional, como un arma estratégica de las organizaciones contemporáneas. Su análisis y conocimiento permite mejorar aspectos medulares en la vida de la institución, tanto desde el punto de vista humano como tecnoproductivo. Ante las incertidumbres y oportunidades vigentes, emerge como catalizador de soluciones y decisiones trascendentales, que regularmente implican procesos de cambio que permitan a las organizaciones adecuarse o anticiparse a los hechos que ocurren en el entorno local o internacional.

Teniendo en cuenta esta obligatoriedad de cambio a la que están expuestas las organizaciones en la actualidad, esta crisis direcciona el

ámbito social y humano de dichas empresas, pues son estas en quienes recae la generación de los mecanismos de defensa para superar la adversidad y lograr sobrevivir al feroz mundo de la competitividad. En consecuencia, los trabajadores cambian, los puestos de trabajo evolucionan y por ende, la manera en hacer las cosas, las herramientas, entre otros, también cambian. El clima organizacional, junto con las estructuras, las características organizacionales y los individuos que la componen, forman un sistema interdependiente altamente dinámico.

Los problemas de seguridad del paciente y del clima organizacional deficiente, parecen estar ocurriendo también en el Centro Médico Naval. Los ambientes para recibir a los pacientes presentan algunos niveles de hacinamiento y condiciones poco higiénicas para los enfermos, lo cual se agrava con la falta de ventilación. Los trabajadores regularmente se quejan de que es crónica la carencia de medios de protección o bioseguridad y que sólo después de muchos reclamos se entregan mascarillas, guantes etc. para protegerse. Estos problemas sin duda afectan la calidad del servicio que se ofrece.

Frente a esta realidad es que se plantea la presente investigación cuyo propósito fundamental es establecer las probables relaciones que pueden existir entre el clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el Centro Médico Naval, con la finalidad de buscar alternativas viables que nos sirvan para mejorar la calidad de la

atención a los pacientes y adecuarlo a las exigencias que demanda el mundo de hoy.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema Principal

- ¿Qué relación existe entre el Clima Organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Qué relaciones existen entre los diversos factores del Clima Organizacional y los diversos factores de la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval?
- ¿Cuáles son las diferencias que existen entre el personal de salud varones y mujeres del Centro Médico Naval, respecto del Clima Organizacional?
- ¿Cuáles son las diferencias que existen entre el personal de salud varones y mujeres del Centro Médico Naval, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente?

- ¿Cuáles son las diferencias que existen entre el personal de salud (médicos y enfermeras) del Centro Médico Naval, respecto del Clima Organizacional?
- ¿Cuáles son las diferencias que existen entre el personal de salud (médicos y enfermeras), del Centro Médico Naval, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente?
- ¿Qué diferencias existen entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de edad, respecto del Clima Organizacional?
- ¿Qué diferencias existen entre el personal de salud del Hospital Centro Médico Naval considerando su rango de edad, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente?
- ¿Cuáles son las diferencias que existen entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de tiempo de servicios, respecto del Clima Organizacional?
- ¿Cuáles son las diferencias que existen entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de tiempo de servicios, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente?

1.3 Justificación teórica

Lo señalado anteriormente pone de manifiesto la importancia del presente estudio por cuanto a través del mismo se pretende despertar la reflexión en la Administración de la organización, sobre las condiciones laborales en las que se desenvuelve el personal nombrado y contratado, considerando que el clima organizacional es un factor determinante en la eficacia administrativa tomando en cuenta además que el comportamiento del grupo está condicionado por la percepción que tenga éste de la organización.

Por otra parte una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

Por otra parte la presente investigación se justifica por las siguientes razones:

A nivel teórico, los resultados obtenidos servirán de insumo informacional a las autoridades del Centro Médico Naval, para que incorporen nuevos enfoques y estrategias de gestión sanitaria que puedan ser concordantes con los nuevos paradigmas existentes cuyo

propósito principal es garantizar la cultura de seguridad del paciente ofreciendo un servicio de calidad.

1.4 Justificación Práctica

A nivel práctico, esta investigación pretende contribuir aportando datos sobre dos problemas que son centrales en nuestro sistema de salud: la cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional, a fin de diseñar las alternativas correspondientes que nos permitan optimizar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen.

A nivel metodológico, se pondrá a disposición de la comunidad académica de dos instrumentos validos y confiables para evaluar, tanto la cultura de seguridad del paciente como el clima organizacional en instituciones de salud.

A nivel social, el desarrollo de la presente investigación busca beneficiar en primer lugar a los pacientes, pero también a las instituciones de salud y a todos los usuarios en general.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre el Clima Organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Establecer las relaciones que existen entre los diversos factores del Clima Organizacional y los diversos factores de la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval.
- Determinar las diferencias que existen entre el personal de salud varones y mujeres del Centro Médico Naval, respecto del Clima Organizacional.
- Identificar las diferencias que existen entre el personal de salud varones y mujeres del Centro Médico Naval, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Determinar las diferencias que existen entre el personal de salud (médicos y enfermeras) del Centro Médico Naval, respecto del Clima Organizacional.

- Establecer las diferencias que existen entre el personal de salud (médicos y enfermeras), del Centro Médico Naval, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Identificar las diferencias que existen entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de edad, respecto del Clima Organizacional.
- Determinar las diferencias que existen entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de edad, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Establecer las diferencias que existen entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de tiempo de servicios, respecto del Clima Organizacional.
- Identificar las diferencias que existen entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de tiempo de servicios, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

Fajardo-Dolci, G. Et al (2010), de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en México, desarrollo la investigación “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”. Este trabajo se propuso evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Para ello se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Los Resultados indicaron que la percepción global sobre la seguridad fue de 51%. La dimensión más baja fue la apertura en la comunicación (38%) y la más alta el aprendizaje organizacional (68%). El trabajo concluye que la percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla. Los resultados sobre la percepción global de seguridad, la respuesta no punitiva al error y la asignación de personal deben tomarse con reserva en virtud de la baja confiabilidad del instrumento en esas dimensiones.

Roqueta, F. et al (2011), de la Universidad de Barcelona, desarrollaron la investigación “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español”. El objetivo de esta

investigación fue conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Para ello se planeo un estudio descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH utilizando como instrumento de medición la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se realizó a profesionales del SUH y los resultados indican que la nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la Gerencia / Dirección del Hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente.

Škodová, M.^a; Velasco Rodríguez, M.J.^a; Fernández Sierra, M.A. (2011) del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, elaboraron la investigación “Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel”. Este trabajo se propuso Identificar la cultura sobre seguridad del paciente percibida por los profesionales sanitarios del referido Hospital. Se desarrollo un estudio transversal descriptivo en profesionales

sanitarios, mediante la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ), en julio-agosto de 2008. El tamaño muestral se estimó en 476 encuestas. Los resultados nos muestran que en los últimos 12 meses, el 90,2% de los profesionales no notificó ningún evento adverso (EA). La percepción global de seguridad del paciente fue $6,57 \pm 1,82$ puntos (escala, 0-10). El trabajo en equipo en la unidad/servicio para la SP fue el aspecto mejor valorado (66,9%). Se observó una correlación positiva (coeficiente Pearson) entre la percepción de SP y los años que los profesionales trabajan en la especialidad (0,21), hospital (0,197) y servicio (0,138) respectivamente (todos $p < 0,05$). Según la categoría, fueron los facultativos los que notificaron algún EA, con una probabilidad 32,3 veces mayor que los auxiliares y los técnicos ($p < 0,05$). La percepción general de seguridad fue valorada positivamente por el 34,1%. El soporte desde la gerencia (3,7%) y la dotación de personal (9%) fueron las principales áreas de mejora.

López, D. (2008), de la Universidad de Antioquia, desarrollo la tesis “Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención”. Este trabajo revisa las condiciones de seguridad relacionadas con la atención en salud a los pacientes de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de primer nivel de complejidad. La monografía fue desarrollada en dos etapas: la primera realiza una búsqueda de información relacionada con la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud, y la

segunda propone la medición de las condiciones de seguridad del paciente y la construcción de guías de auto evaluación para ser aplicadas al cliente interno y a los usuarios de los servicios prestados por las IPS de primer nivel de atención. Los resultados obtenidos señalan que la seguridad del paciente en Colombia va de la mano con el sistema de garantía de la calidad en salud incentivado por políticas internacionales que definen los lineamientos en la unificación de criterios de procesos y procedimientos en la práctica clínica.

Wegner, W y Rubim, E. (2012), de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, presentaron la Tesis “La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil”. Se trata de una investigación estudio de caso cualitativo, cuyo objetivo fue analizar cómo las acompañantes/cuidadoras y profesionales de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado. Fue realizada con 15 acompañantes/cuidadores y 23 profesionales de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital-escuela de Porto Alegre, Brasil entre agosto y diciembre de 2010. Entrevista semi-estructurada fue utilizada para la recolección de las informaciones, siendo sometidas a análisis temático con apoyo del software QSR Nvivo 7.0. El análisis de las informaciones dejó en evidencia siete categorías. Los resultados sugieren la revisión y control permanente en cualquier intervención del profesional y el proceso de comunicación efectivo profesional-acompañante-niño. El estudio trae

como recomendaciones los cambios en la cultura organizacional de las instituciones de salud para una cultura de seguridad, con énfasis en el cuidado seguro y visión sintética en la evaluación de la ocurrencia de eventos adversos.

Bustamante-Ubilla, M., Hernández, P. y Yáñez, L. (2009) publicaron en la Revista Estudios Seriados en Gestión de Salud de Chile la investigación “Análisis del clima organizacional en el hospital regional de Talca”. En este trabajo se diagnostica el Clima Organizacional del Hospital Regional de Talca, primero identificando las variables, seguido de la medición de las dimensiones relevantes del Clima. Se aplicó un cuestionario con 14 dimensiones y 71 indicadores a una muestra de 308 funcionarios. Las dimensiones son estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, calidez, apoyo, administración del conflicto, identidad, estilo de supervisión, motivación laboral, estabilidad laboral, oportunidad de desarrollo, comunicación y por último, equipos y distribución de personas y material. El análisis de datos consideró estadística descriptiva y estandarización de medias Likert en escala de 5 puntos. En general, es posible observar que una de las dimensiones que tiene mayor valor estándar es “Oportunidad de Desarrollo”, mientras que la dimensión que posee menor estandarización es “Apoyo”. Por otra parte, aquellas dimensiones que presentaron mayor dificultad fueron “Apoyo”, “Comunicación” y “Calidez”.

Cortez, N. (2009), de la Universidad Veracruzana presento la tesis "Diagnóstico del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009". El objetivo general de esta tesis fue diagnosticar las dimensiones del clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Además de 6 objetivos específicos que se inclinan a determinar el nivel de motivación, participación, liderazgo y reciprocidad que prevalece en el hospital, así como proponer alternativas de solución que mejoren el clima organizacional. Para el efecto se diseñó un estudio descriptivo, transversal y observacional, donde el universo de estudio constó de los 880 trabajadores activos al momento de la recolección de la información. Se utilizó el instrumento de medición propuesto por la OPS para medir CO. En general, se concluyó que el clima organizacional en el hospital no es satisfactorio, siendo la variable de liderazgo la que mejor calificación obtuvo. El personal considera que las autoridades no contribuyen en la realización personal y profesional, así como no existe retribución por parte de las autoridades a sus actividades laborales además de la inexistencia del reconocimiento por el buen desempeño. Sin embargo existen oportunidades de mejora en la percepción que tienen sobre sus líderes ya que piensan que tienen preocupación para la comprensión del trabajo por parte del personal. En cuanto al CO por tipo de personal se pudo observar que en general manifiestan una percepción no satisfactoria del C.O., que implica a todas las variables y sus dimensiones. Además en los diferentes turnos del hospital no se

muestran diferencias significativas en cuanto a la percepción no satisfactoria que tienen del hospital.

Del Rio, J., Munares, A. y Montalvo, H. (2013), de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, publicaron en la Revista Médica Panacea de la referida Universidad la investigación “Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú”. El propósito de esta investigación fue identificar la percepción del Clima Organizacional en trabajadores de un Hospital General de Ica. Es un estudio descriptivo transversal, que incluyó 7 grupos ocupacionales. Se incluyó a 178 trabajadores del hospital, seleccionados mediante muestreo aleatorio proporcional a grupos ocupacionales. El instrumento fue un cuestionario con 55 preguntas a través de las cuales se valoró el Potencial humano, Diseño organizacional y Cultura organizacional, con sus 11 dimensiones. Se calificó según puntuación como clima no saludable de 55 a 128, clima por mejorar de 129 a 202, y clima saludable de 203 a 275. Los resultados indican que el clima organizacional percibido por los trabajadores del Hospital tuvo un puntaje promedio de 164 es decir un clima por mejorar. El 12.9% de trabajadores percibió un clima saludable. De las 11 dimensiones estudiadas, el clima que se percibió fue por mejorar, excepto en identidad, dimensión en la cual se tuvo, en promedio, un clima saludable. Sin embargo, la identidad según grupos ocupacionales, tuvo un clima por mejorar en el grupo de enfermeras, técnicos, otros profesionales y artesanos. Este estudio claramente indica que es

necesario mejorar el clima organizacional de la institución, aplicando un plan de intervención con proyectos de mejora del entorno organizacional.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Concepto de Clima Organizacional

El clima se refiere a las características del medio ambiente laboral que son percibidas, directa ó indirectamente, por los miembros de la organización provocando repercusiones de distinto tipo en su comportamiento según el grado de satisfacción con la tarea desempeñada. De esta manera, el clima es una variable que interviene entre el sistema organizacional y el comportamiento de sus miembros proporcionando retroalimentación acerca de los procesos que determinan los comportamientos organizacionales y permitiendo introducir cambios planificados.

Se han dado diversas definiciones, no excluyentes entre sí, de clima laboral. Estas definiciones son las siguientes:

El concepto de clima (Rodríguez, 1992), apunta a "las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que este se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en el y las diversas regulaciones

formales que afectan dicho trabajo". Complementariamente, Litwin y Stringer (1968) entendieron clima como "un conjunto de propiedades medibles del medio ambiente de trabajo, percibidas directa o indirectamente por las personas que trabajan en la organización y que influyen su motivación y comportamiento".

El clima organizacional es una característica de las organizaciones (Schneider y Snyder, 1975) que se desprende de las descripciones que los sujetos realizan acerca de las políticas, prácticas y condiciones que existen en el ambiente de trabajo (en Lotito, 1992). En consecuencia, el clima se refiere a "la percepción que los miembros de una organización tienen de las características que la describen y la diferencian de otras organizaciones, influyendo estas percepciones en el comportamiento organizacional de los miembros.

Martínez (2001) señaló que el clima organizacional "es un fenómeno interviniente que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias para la organización (productividad, satisfacción, rotación, entre otros)".

Tal vez la definición más utilizada hace referencia a la naturaleza multidimensional del clima, asumiendo la influencia conjunta del medio y la personalidad del individuo en la determinación de su comportamiento. Brunet (2004).

“El clima laboral es un filtro o un fenómeno interviniente que media entre los factores del sistema organizacional (estructura, liderazgo, toma de decisiones), y las tendencias motivacionales que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias sobre la organización en cuanto a productividad, satisfacción, rotación, ausentismo, etc. Por lo tanto, evaluando el Clima Organizacional se mide la forma como es percibida la organización” Gonçalves (1997).

“El clima laboral es el medio ambiente humano y físico, es el conjunto de variables, cualidades, atributos o propiedades relativamente permanentes de un ambiente de trabajo concreto. Está relacionado con los comportamientos de las personas, con su manera de trabajar y relacionarse, con su interacción con la empresa, con el liderazgo del directivo, con las máquinas que se utilizan y con la propia actividad de cada uno” Gonçalves (1997).

Del planteamiento presentado sobre la definición del término clima organizacional, se infiere que el clima se refiere al ambiente de trabajo propio de la organización. Dicho ambiente ejerce influencia directa en la conducta y el comportamiento de sus miembros. En tal sentido se puede afirmar que el clima organizacional es el reflejo de la cultura más profunda de la organización. En este mismo orden de ideas es pertinente señalar que el clima determina la forma en que el trabajador percibe su trabajo, su rendimiento, su productividad y satisfacción en la labor que desempeña.

2.2.2 Teorías del Clima Organizacional

Los estudios de Clima Organizacional, se utilizan con el objetivo de encontrar los motivos, causas o razones por las cuales un ambiente genera motivación, productividad o alto rendimiento o por el contrario, los motivos por los cuales, un ambiente genera insatisfacción, improductividad y bajo rendimiento. Existen diferentes teorías que permiten diversos tipos de aproximaciones. Mencionaremos algunas teorías fundamentales que sustentan y modelan los estudios de clima organizacional.

Frederick Herzberg postuló la teoría de los dos factores del clima laboral, basándose en la satisfacción de necesidades de la pirámide de Maslow, agrupando en dos categorías los factores que influyen en el clima laboral: los de higiene y los motivacionales. Los factores de higiene son los elementos ambientales, que necesitan ser constantemente supervisados para evitar la insatisfacción del personal. Entre estos factores se encuentran el salario, el lugar de trabajo, el tipo de supervisión, etcétera. Herzberg escogió la expresión higiene para reflejar el carácter preventivo. Estos factores están fuera del control del individuo, la empresa es quien tiene el control.

Por otra parte, los factores motivacionales surgen desde el interior de la compañía, y tienen que ver con la satisfacción y las oportunidades que el trabajo ofrezca al personal. De acuerdo con esta teoría, los

dirigentes o líderes de la organización tienen la obligación de motivar a los demás colaboradores y generar un ambiente óptimo para el desarrollo de las actividades dentro de la empresa en tanto involucra los sentimientos relacionados con el crecimiento y desarrollo personal, el reconocimiento profesional, las necesidades de autorrealización.

Douglas McGregor estableció dos teorías para la comprensión y el estudio del clima laboral en una empresa u organización en el texto *El lado humano de la empresa*: la Teoría X y la Teoría Y, ambas con diferentes perspectivas respecto del individuo y por ende, cómo se comporta éste frente a un entorno laboral y cómo se debe actuar en un determinado entorno laboral.

La Teoría X parte de la idea de que el individuo, de manera intrínseca tiene aversión por el trabajo y de ser posible lo evitará. Entonces, las personas son obligadas a trabajar a partir de una dirección y control estrictos, logrando así la consecución de los objetivos de la empresa u organización. Finalmente el individuo rehúye de la responsabilidad y prefiere delegarla en otras personas, buscando ante todo su propia seguridad y comodidad.

La Teoría Y parte de un supuesto diametralmente opuesto al planteado por la Teoría X, en el cual el esfuerzo requerido por el trabajo es similar al requerido por el juego y la competencia deportiva. Un ambiente adecuado y las metas correctas estimularán a las

personas a entrar en una dinámica laboral y la búsqueda de fines comunes al interior de una compañía.

Víctor Vroom (1964), formulo la teoría de las expectativas. Esta teoría asevera que un empleado se sentirá motivado para hacer un gran esfuerzo si cree que con esto tendrá una buena evaluación del desempeño; que una buena evaluación le otorgará recompensas por parte de la organización, como un bono, aumento o ascenso y que estas recompensas satisfarán sus metas personales. La teoría se enfoca en tres relaciones: 1. Relación de esfuerzo y desempeño; 2. Relación de desempeño y recompensa; 3. Relación de recompensa y metas personales.

Rensis Likert establece que el comportamiento del personal se corresponde con el de los superiores, dependiendo de lo que los subordinados perciban de los primeros. El clima laboral estará mediado por la percepción de los individuos hacia la empresa u organización, la cual se organiza o construye a partir de tres tipos de variables: las causales, las intermedias y las finales.

Las variables causales o independientes son aquellas que indican la forma en la cual la compañía se orienta y evoluciona en la búsqueda de resultados. Por su parte, las variables intermedias construyen el estado interno de la empresa, e incluyen la motivación, la

comunicación interna, los criterios para la toma de decisiones y el rendimiento; es decir, los procesos internos.

La última categoría en la teoría de clima laboral de Rensis Likert ubica a las variables finales, que son el resultado de la interacción de las variables causales o independientes y las intermedias. Este tipo de variables establecen los resultados obtenidos por la organización, traducidos en criterios como la productividad, las ganancias y las pérdidas.

2.2.3 Importancia del clima organizacional

Desde hace un tiempo atrás los especialistas en administración y psicología resaltan la importancia del clima organizacional al interior de las empresas, pero muchas instituciones aún fallan en esto. Tan importante se ha convertido el poder desenvolverse en un trabajo con un ambiente grato que cuando no sucede, no hay dinero, ni beneficios que impidan que el profesional comience a buscar nuevos desafíos, perjudicando los planes de retención de talento que tenga la organización. De hecho, se dice que si no se tiene un buen clima laboral se está condenado al fracaso empresarial.

El conocimiento del Clima Organizacional proporciona retroalimentación acerca de los procesos que determinan los comportamientos organizacionales, permitiendo además, introducir

cambios planificados, tanto en las actitudes y conductas de los miembros, como en la estructura organizacional o en uno o más de los subsistemas que la componen.

La importancia de esta información se basa en la comprobación de que el Clima Organizacional influye en el comportamiento manifiesto de los miembros, a través de percepciones estabilizadas que filtran la realidad y condicionan los niveles de motivación laboral y rendimiento profesional, entre otros.

Es una forma global, el clima refleja los valores, las actitudes y las creencias de los miembros, que debido a su naturaleza, se transforman a su vez, en elementos del clima. Así se vuelve importante para un administrador el ser capaz de analizar y diagnosticar el clima de su organización por tres razones:

- Evaluar las fuentes de conflicto, de estrés o de insatisfacción que contribuyen al desarrollo de actitudes negativas frente a la organización.
- Iniciar y sostener un cambio que indique al administrador los elementos específicos sobre los cuales debe dirigir sus intervenciones.
- Seguir el desarrollo de su organización y prever los problemas que puedan surgir.

Así pues, el administrador puede ejercer un control sobre la determinación del clima de manera tal que pueda administrar lo más eficazmente posible su organización.

2.2.4 Dimensiones del Clima Organizacional

El clima organizacional está formado por varias dimensiones y esta naturaleza multidimensional es importante cuando un especialista en administración de recursos humanos quiere escoger un cuestionario para proceder a la evaluación del clima de su organización. En efecto, la calidad de un cuestionario reside en el número y el tipo de dimensiones que mide. Cuando más permita un instrumento de medida filtrar las dimensiones importantes y pertinentes de la organización estudiada, más eficaz será.

Las dimensiones del clima organizacional son las características susceptibles de ser medidas en una organización y que influyen en el comportamiento de los individuos. Por esta razón, para llevar a cabo un diagnóstico de clima organizacional es conveniente conocer las diversas dimensiones que han sido investigadas por estudiosos interesados en definir los elementos que afectan el ambiente de las organizaciones.

Likert mide la percepción del clima en función de ocho dimensiones:

1. Los métodos de mando. La forma en que se utiliza el liderazgo para influir en los empleados.
2. Las características de las fuerzas motivacionales. Los procedimientos que se instrumentan para motivar a los empleados y responder a sus necesidades.
3. Las características de los procesos de comunicación. La naturaleza de los tipos de comunicación en la empresa, así como la manera de ejercerlos.
4. Las características de los procesos de influencia. La importancia de la interacción superior/subordinado para establecer los objetivos de la organización.
5. Las características de los procesos de toma de decisiones. La pertinencia de las informaciones en que se basan las decisiones así como el reparto de funciones.
6. Las características de los procesos de planificación. La forma en que se establece el sistema de fijación de objetivos o directrices.
7. Las características de los procesos de control. El ejercicio y la distribución del control entre las instancias organizacionales.
8. Los objetivos de rendimiento y de perfeccionamiento. La planificación así como la formación deseada.

Litwin y Stringer resaltan que el clima organizacional depende de seis dimensiones:

1. Estructura. Percepción de las obligaciones, de las reglas y de las políticas que se encuentran en una organización.
2. Responsabilidad individual. Sentimiento de autonomía, sentirse su propio patrón.
3. Remuneración. Percepción de equidad en la remuneración cuando el trabajo está bien hecho.
4. Riesgos y toma de decisiones. Percepción del nivel de reto y de riesgo tal y como se presentan en una situación de trabajo.
5. Apoyo. Los sentimientos de apoyo y de amistad que experimentan los empleados en el trabajo.
6. Tolerancia al conflicto. Es la confianza que un empleado pone en el clima de su organización o cómo puede asimilar sin riesgo las divergencias de opiniones.

Pritchard y Karasick desarrollaron un instrumento de medida de clima que estuviera compuesto por once dimensiones:

1. Autonomía. Se trata del grado de libertad que el individuo puede tener en la toma de decisiones y en la forma de solucionar los problemas.
2. Conflicto y cooperación. Esta dimensión se refiere al nivel de colaboración que se observa entre los empleados en el ejercicio de su trabajo y en los apoyos materiales y humanos que éstos reciben de su organización.
3. Relaciones sociales. Se trata aquí del tipo de atmósfera social y de amistad que se observa dentro de la organización.

4. Estructura. Esta dimensión cubre las directrices, las consignas y las políticas que puede emitir una organización y que afectan directamente la forma de llevar a cabo una tarea.
5. Remuneración. Este aspecto se apoya en la forma en que se remunera a los trabajadores.
6. Rendimiento. Es la relación que existe entre la remuneración y el trabajo bien hecho y conforme a las habilidades del ejecutante.
7. Motivación. Esta dimensión se apoya en los aspectos motivacionales que desarrolla la organización en sus empleados.
8. Estatus. Se refiere a las diferencias jerárquicas (superiores/subordinados) y a la importancia que la organización le da a estas diferencias.
9. Flexibilidad e innovación. Esta dimensión cubre la voluntad de una organización de experimentar cosas nuevas y de cambiar la forma de hacerlas.
10. Centralización de la toma de decisiones. Analiza de qué manera delega la empresa el proceso de toma de decisiones entre los niveles jerárquicos.
11. Apoyo. Este aspecto se basa en el tipo de apoyo que da la alta dirección a los empleados frente a los problemas relacionados o no con el trabajo.

2.2.5 Cultura de Seguridad

La cultura de seguridad es un término que abarca las actitudes y valores de las personas y de la empresa en los aspectos relativos a la seguridad, tanto en su forma de entenderla como en su comportamiento diario. Así por ejemplo el Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear (1999) define la cultura de la seguridad como "el conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguran que, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad de las centrales nucleares reciban la atención que merecen en razón de su significación".

La cultura de la seguridad es también una amalgama de valores, normas, ética y patrones de conducta aceptables, los cuales tienen por objeto mantener un enfoque autodisciplinado respecto del fortalecimiento de la seguridad más allá de los requisitos jurídicos y reglamentarios. Por consiguiente, la cultura de la seguridad tiene que ser consustancial a los pensamientos y acciones de todos los individuos en todos los niveles de una organización.

Es por eso que en muchas empresas se realizan actividades que buscan reforzar la cultura de seguridad de sus empleados. De esta forma se educa y concientiza a las personas para conseguir un mejor desarrollo de las actividades y una disminución de accidentes

potenciales y problemas, tanto dentro del espacio de trabajo, como en los productos y servicios ofrecidos por la empresa.

Entre las ventajas que ofrece tener una cultura de seguridad fuertemente implantada, está no solo la reducción de accidentes, sino también un aumento de la eficiencia y de la competitividad de la empresa: al conseguir que los empleados hagan sus labores correctamente eliminamos fallos que posteriormente podrían dar lugar a costes de no-calidad (reparaciones causadas por hacer mal las cosas, quejas, pérdida de clientes, etc). Por lo tanto, aunque inicialmente estemos hablando de temas relativos a la seguridad, en la práctica los beneficios se van a notar también en la disminución de errores en la producción y en un aumento de la calidad ofrecida.

Seguramente los valores culturales comunes relacionados con la mejora de la seguridad de las organizaciones, son los siguientes:

- a) Responsabilidad interpersonal
- b) Interés en las personas
- c) Colaboración y apoyo entre unos y otros
- d) Amabilidad
- e) Relaciones personales abiertas y francas
- f) Logro de objetivos comunes
- g) Sentimiento de credibilidad
- h) Fuerte sentimiento de confianza interpersonal y

i) Resistencia o capacidad de recuperación.

Se puede concluir definiendo a la cultura de seguridad como *“el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños”*. Las organizaciones con cultura positiva de seguridad, se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango.

2.2.6 Cultura de seguridad del paciente

La seguridad de los pacientes, considerada como el hecho de estar protegido contra accidentes en los hospitales, se convirtió en un tema bastante mediatizado en estos últimos tiempos, sobre todo después de la publicación del informe norteamericano “errar es humano” en 1999 (Kohn, Corrigan, y Donaldson). Esta publicación, así como los impactos sociales y mediáticos que la acompañaron, represento toda una revisión de lo actuado sobre la seguridad de los pacientes. De hecho, el informe norteamericano es considerado como el punto de

partida para la toma de consciencia colectiva sobre la necesidad de mejorar la seguridad de los pacientes (Leape, 2004).

En él se denuncia la falta de una “cultura de seguridad” en el ámbito médico, principalmente en lo relativo a los comportamientos de los profesionales de la salud, pues se informa de la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA, siendo este los inicios del interés por estudiar a fondo tanto en esta ciudad como en todo el mundo las acciones y estrategias que protegen al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud, las cuales pueden tener secuelas graves que llevan hasta la muerte de los pacientes, su génesis involucra no solo a factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales, académicos y tecnológicos.

Es por eso que hoy en día existe una urgente necesidad de que los organismos que proporcionan servicios de salud replanteen sus procesos de trabajo y definan la seguridad como un objetivo institucional de la máxima relevancia. No obstante, es evidente que no se pueden aplicar cambios duraderos e importantes en una organización, sin replantear de forma satisfactoria su cultura. El “movimiento por la seguridad del paciente” está en marcha. Frente a los imperativos actuales, se considera que la cultura puede jugar un

papel fundamental para ayudar a las organizaciones a dar respuesta a los numerosos desafíos que se les plantean.

Se entiende por cultura de seguridad del paciente al conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente. Diversos estudios muestran que una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente señala que “una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación. Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, ponderado con un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado. El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no

pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado.

Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando. Estudiar qué es lo que falló en el sistema, ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que pueden minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente”.

2.2.7 Pasos para la Seguridad del paciente

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2004), con el permiso del NHS (Sistema Nacional de Salud del Reino Unido), ha publicado un documento denominado *La Seguridad del Paciente en Siete Pasos* que responde al objetivo de fomentar la información y formación de profesionales y pacientes para mejorar la seguridad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria.

En noviembre de 2003, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (*NPSA*) elaboró “*La Seguridad del Paciente en Siete Pasos*”, una guía de buenas prácticas con la intención de ofrecer a las organizaciones del *NHS* orientación práctica y apoyo para mejorar la seguridad del paciente. Esto fue continuado a principios de 2004 con una guía completa de referencia destacando los últimos conocimientos y evidencias en la seguridad del paciente.

Los siete pasos señalados son los siguientes:

Paso 1 Desarrollar una cultura de seguridad.

Crear una cultura que sea abierta y justa. Una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades con la seguridad del paciente y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona; esto es la esencia del gobierno clínico. También es un reconocimiento de que sucederán errores e incidentes, y que la atención sanitaria entraña esos riesgos. La evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad del paciente y la atención al paciente se ven mejoradas.

Paso 2 Liderar y apoyar a su personal.

Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización. Cumplir la agenda de seguridad del paciente requiere motivación y compromiso desde lo más alto de cada organización de atención primaria así como de líderes clínicos y directivos en todo el servicio, incluyendo médicos de medicina general y de odontología general.

Para mostrar que la seguridad es una prioridad y que la dirección de la organización está comprometida a mejorar, los líderes tienen que ser visibles y activos en liderar las mejoras de seguridad del paciente.

El personal y los equipos deben sentirse capaces de manifestarse si piensan que no es segura la atención que prestan; con independencia de su posición.

Paso 3 Integrar su actividad en gestión del riesgo.

Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar. La Gestión integrada del riesgo significa que las lecciones aprendidas en un área de riesgo pueden ser rápidamente difundidas a otras áreas de riesgo.

La integración y gestión de todo el riesgo ayudará a las organizaciones de atención primaria, incluyendo prácticas, a cumplir con sus objetivos de gobierno clínico, homologaciones de riesgo y requisitos ejecutivos de Sanidad y Seguridad.

Paso 4 Promover la notificación.

Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional. Los incidentes en atención sanitaria se producen generalmente uno tras otro. El único modo de poder identificar el número total de incidentes es establecer un sistema de notificación. Es un requisito fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Sin esta información, las organizaciones locales no pueden enfocar y asignar adecuadamente sus recursos para garantizar el cambio.

Los factores que afectan al índice de notificación incluyen una falta de sistemas informáticos integrados y responsabilidades diversas de notificación entre el personal sin línea directa con altos cargos.

Paso 5 Involucrar y comunicar con pacientes y público.

Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes. Involucrar y comunicarse abiertamente con los pacientes, sus familiares, sus cuidadores y el público es esencial para mejorar la seguridad del paciente. Muchos pacientes son expertos en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente.

Los pacientes quieren estar involucrados como partícipes en su cuidado. El personal sanitario necesita incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos, y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento.

Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallos.

Paso 6 Aprender y compartir lecciones de seguridad.

Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y porqué suceden incidentes. Cuando sucede un incidente de seguridad del paciente la cuestión crucial no es “¿quién

tiene la culpa del incidente?” sino “¿cómo y por qué ha ocurrido? Una de las cosas más importantes a cuestionar es “¿Qué nos está transmitiendo sobre el sistema en el que trabajamos?” Las causas raíz de los incidentes pueden encontrarse en una amplia mezcla de factores interconectados dentro del sistema, un sistema en que la universal e inevitable capacidad humana para cometer errores pueda haber sido dejada inadecuadamente sin control.

Entender por qué ha ocurrido un incidente es una parte fundamental de la investigación, y fundamental para garantizar que no se repita el incidente. Solo aprendiendo de las causas subyacentes de un incidente podemos implantar nuevos métodos de trabajo para minimizar el riesgo de un daño futuro.

Paso 7 Implantar soluciones para prevenir el daño

Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas. Las organizaciones de atención en salud necesitan comprender los factores contribuyentes subyacentes de incidentes de seguridad del paciente de forma que, con el tiempo, los aprendizajes y experiencias en un área puedan ayudar e informar a muchos otros en cualquier lugar. Por otra parte sería necesario tomar las siguientes acciones:

- Diseñar sistemas que faciliten a las personas realizar las cosas correctamente.

- Las soluciones basadas en barreras físicas son más sólidas que las basadas en el comportamiento o actuación humana.
- Asegurar que los cambios que se realizan han valorado el riesgo, han sido evaluados y son sostenibles a largo plazo.
- La mejor práctica desarrollada a nivel local puede ser compartida a nivel nacional por medio del Ministerio de salud, posibilitando que otras organizaciones de salud y servicios comunitarios puedan proyectar problemas fuera de sus sistemas y adoptar soluciones de seguridad acordadas.

2.3 Marco Conceptual

- **Accidente:** Es un evento que produce un daño a un sistema definido y que altera los resultados en curso o futuros del sistema
- **Análisis de Riesgo:** En su forma más simple es el postulado de que el riesgo es el resultado de relacionar la amenaza y la vulnerabilidad de los elementos expuestos, con el fin de determinar los posibles efectos y consecuencias sociales, económicas y ambientales asociadas a uno o varios fenómenos peligrosos. Cambios en uno o más de estos parámetros modifican el riesgo en sí mismo, es decir, el total de pérdidas esperadas y consecuencias en un área determinada.

- **Atención de salud:** La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

- **Calidad de la atención en salud:** La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y el balance entre beneficios, riesgos y costos para lograr la adhesión y satisfacción del usuario.

- **Error:** Acto de falta o descuido en el ejercicio de los profesionales de la salud que favorece al acaecimiento del evento adverso.

- **Evento Adverso:** Complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se definen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de re-internación, secuela transitoria o definitiva o muerte

- **Gestión de Riesgos:** Proceso social complejo que conduce al planeamiento y aplicación de políticas, estrategias, instrumentos y medidas orientadas a impedir, reducir, prever y controlar los efectos adversos de fenómenos peligrosos sobre la población, los bienes y servicios y el ambiente. Acciones integradas de reducción de riesgos a través de actividades de prevención, mitigación, preparación para, y atención de emergencias y recuperación post impacto.
- **Mala Praxis:** Incorrecta práctica clínica que genera un menoscabo en el paciente. Tiene el alcance de concebirse comparativamente cuando al evaluar los resultados, éstos son visiblemente inferiores a los que de modo previsible hubiesen tenido otros profesionales de la salud, de análoga cualificación, en semejantes eventos.
- **Negligencia:** Falta difícilmente disculpable, con origen en la indolencia, injuria, desidia, estudio escaso, falta de presteza, descuido de las obligadas cautelas o falla en el cuidado en la aplicación del juicio que se supone, debe tener el personal de la salud.
- **Prestación de Servicios de Salud:** Está relacionada con la garantía del acceso a los servicios de salud, el mejoramiento

permanente de la calidad en salud y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

- **Reducción de Riesgos:** Medidas compensatorias dirigidas a cambiar o disminuir las condiciones de riesgo existentes. Son medidas de prevención-mitigación y preparación que se adoptan con anterioridad de **manera** alternativa, prescriptiva o restrictiva, con el fin de evitar que se presente un fenómeno peligroso, o para que no generen daños, o para disminuir sus efectos sobre la población, los bienes y servicios y el ambiente.

- **Seguridad del Paciente:** La política de seguridad del paciente es un conjunto de acciones y estrategias que ofrece el sistema obligatorio de garantía de la calidad para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud. Asegurar la protección de los pacientes; involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.

2.4 Hipótesis y Variables

2.4.1 Hipótesis General

- Existe una relación significativa entre el Clima Organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval.

2.4.2 Hipótesis Específicas

- Existen relaciones significativas entre los diversos factores del Clima Organizacional y los diversos factores de la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval.
- Existen diferencias significativas entre el personal de salud varones y mujeres del Centro Médico Naval, respecto del Clima Organizacional.
- Existen diferencias significativas entre el personal de salud varones y mujeres del Centro Médico Naval, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Existen diferencias significativas entre el personal de salud (médicos y enfermeras) del Centro Médico Naval, respecto del Clima Organizacional.

- Existen diferencias significativas entre el personal de salud (médicos y enfermeras), del Centro Médico Naval, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Existen diferencias significativas entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de edad, respecto del Clima Organizacional.
- Existen diferencias significativas entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de edad, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.
- Existen diferencias significativas entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de tiempo de servicios, respecto del Clima Organizacional.
- Existen diferencias significativas entre el personal de salud del Centro Médico Naval considerando su rango de tiempo de servicios, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente.

2.4.3 Variables de Estudio

- Clima Organizacional
- Cultura de Seguridad del Paciente

2.4.4 Variables Intervinientes

- Edad
- Sexo
- Tiempo de servicios

2.4.5 Operacionalización de variables

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicadores
Clima Organizacional	Se refiere a las características del medio ambiente laboral que son percibidas, directa ó indirectamente, por los miembros de la organización provocando repercusiones de distinto tipo en su comportamiento según el grado de satisfacción con la tarea desempeñada. De esta manera, el clima es una variable que interviene entre el sistema organizacional y el comportamiento de sus miembros proporcionando retroalimentación acerca de los procesos que determinan los comportamientos organizacionales y permitiendo introducir cambios planificados	Identificación con la institución	Lealtad, compromiso y respeto a la institución, vinculación afectiva
		Relaciones Interpersonales	Cooperación, asertividad, habilidad para el manejo de situaciones difíciles
		Comunicaciones	Coordinación, respeto a las opiniones, sugerencias e información clara
		Posición Actual	Satisfacción con el puesto, contribución institucional, participación laboral
		Reconocimiento	Gratificación laboral, ascensos, manejo de la meritocracia
		Ambiente y Condiciones de trabajo	Ambiente físico, higiene, materiales y equipos, actividades culturales
		Capacitación y Desarrollo	Desarrollo laboral, cursos, capacitación, promoción
		Remuneraciones	Sueldo de acuerdo a la responsabilidad, equidad salarial y beneficios económicos
		Exigencia en el Mercado	Carga de trabajo, horarios y turnos laborales, valores agregados
		Situaciones de Cambio	Capacidad y tolerancia al cambio, permanencia y/o cambio de puesto
Cultura de Seguridad del Paciente	Es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación	Seguridad en el área de trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado, condiciones de salud y seguridad justas
		Seguridad brindada por la Dirección	Favorece un clima de trabajo que promueve la Seguridad del paciente y es una prioridad
		Seguridad desde la comunicación	Información de los errores, cambios que se han implementado y modos de prevenir errores.
		Frecuencia de sucesos notificados	Información oportuna de los incidentes adversos, estadística de los mismos
		Seguridad desde la atención primaria	Apoyo mutuo, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo

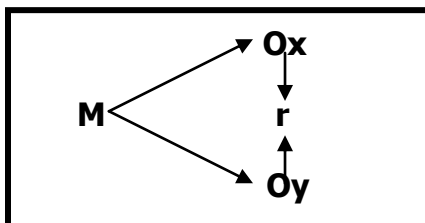
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo no experimental, dado que no es posible la manipulación de ninguna de las variables, por lo que tenemos que trabajar en los fenómenos tal y como se dan en el contexto natural para después analizarlos.

El diseño de investigación según lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2010) es de tipo descriptivo correlacional.

Su diagrama representativo es el siguiente:



En el esquema:

M = Muestra de investigación

Ox, Oy = Observaciones de las variables

r = Relaciones entre variables

En nuestro caso, pretendemos relacionar el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en una muestra de médicos y enfermeras del Centro Médico Naval.

3.2. Unidad de Análisis

Está compuesto por los médicos y enfermeras del Centro Médico Naval.

3.3. Población de Estudio

La población está conformada por todos los médicos y enfermeras del Centro Médico Naval los cuales se dividen en 271 enfermeras y 326 Médicos haciendo un total de 597.

3.4. Tamaño de la Muestra

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) el diseño de la muestra es probabilístico de tipo estratificado clasificando a los médicos y enfermeras de acuerdo a su profesión. La muestra estará conformada por 234 sujetos.

3.5. Selección de la Muestra

De la población objeto de estudio se seleccionara una muestra representativa mediante la técnica de muestreo aleatorio y por afijación proporcional. Para la estimación del tamaño de la muestra se utilizara la fórmula de Sierra Bravo (1994).

$$n = \frac{N * G^2(P * Q)}{E^2(N - 1) + G^2(P * Q)}$$

Donde:

N = Población Total

N = Tamaño de la muestra.

G = Nivel de confianza (que es 95%, equivalente a 1,96)

E = Margen de error (que es de un 5%, equivalente a 0.05)

P = Valor esperado del universo (50% del universo, equivalente a 0.5)

Q = Valor esperado del universo (50% del universo, equivalente a 0.5)

Calculando:

$$n = (597)(1.96)^2(0.5*0.5) / (597-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5*0.5)$$

$$n = (597)(3.8416)(0.25) / (596)(0.0025) + (3.8416)(0.25)$$

$$n = 573.3588 / 1.49 + 0.9604$$

$$n = 573.3588 / 2.4504$$

$$n = 233.985 \approx 234$$

$$n = 234$$

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA

Tabla Nº 1
Composición de la muestra por Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	104	44.4
Mujeres	130	55.6
Total	234	100.0

Tal como se puede apreciar en la Tabla Nº 1, el número de varones es menor en la muestra tomada, 44.4% frente al 55.6% de las mujeres.

Tabla Nº 2
Composición de la muestra por Rango de Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25 – 29	44	18.8
30 – 34	24	10.3
35 – 39	38	16.2
40 – 44	41	17.5
45 – 49	28	12.0
50 – 54	36	15.4
55 a más	23	9.8
Total	234	100.0

Los resultados observados en la Tabla Nº 2, nos indican que las edades de los sujetos de la muestra fluctúan entre 25 y 55 a más años, siendo las de mayor porcentaje las edades que se ubican dentro de los rangos 25 – 29 años (18.8%) y 40 – 44 años (17.5%).

Tabla N° 3
Composición de la muestra por Rango de Tiempo de servicios

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1 – 5	52	22.2
6 – 10	46	19.7
11 – 15	33	14.1
16 – 20	38	16.2
21 – 25	25	10.7
26 a más	40	17.1
Total	234	100.0

Tal como se puede apreciar en la Tabla N° 3, el tiempo de servicios de los sujetos de la muestra fluctúan entre 1 y 26 años a más, siendo los de mayor porcentaje los tiempos que se ubican dentro de los rangos 1 – 5 años (22.2%) y 6 – 10 (19.7%).

Tabla N° 4
Composición de la muestra por Especialidad

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Médico	128	54.7
Enfermera	106	45.3
Total	234	100.0

Tal como se puede apreciar en la Tabla N° 4, el número de médicos es de 128, lo que representa el 54.7% y las enfermeras es de 106 lo que representa el 45.3%.

3.6 Técnicas de Recolección de datos

En el desarrollo de la presente investigación se deberán utilizar un conjunto de técnicas de investigación que nos permitirán contar con los datos suficientes. Podemos mencionar las siguientes técnicas:

- ✓ **Técnica psicométrica**, en la medida que se utilizarán las pruebas de clima organizacional y cultura de seguridad del paciente, las cuales han sido elaboradas bajo criterios psicométricos de validez, confiabilidad y normalización.
- ✓ **Técnica de Análisis de textos**, la cual será aplicada durante todo el proceso de investigación.
- ✓ **Técnica de Fichaje**, se utilizará para la recolección de información primaria y secundaria con propósitos de redacción del marco teórico.
- ✓ **Estadística**, se aplicará para el análisis descriptivo e inferencial de los datos a obtener.

Sin duda alguna la técnica más importante que utilizaremos es la encuesta.

INVENTARIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Ficha Técnica

Nombre : Inventario de Clima Organizacional

Autor : Carlos Cáceres Ochoa

Año : 2006

Procedencia : Universidad Nacional Federico Villarreal.

Administración : Individual o Colectiva

Duración : Sin tiempo limitado. Aproximadamente 25 minutos

Significación: Se trata de once escalas independientes (Identificación con la institución, Relaciones Interpersonales, Comunicaciones, Posición Actual, Reconocimiento, Dirección, Ambiente y Condiciones de trabajo, Capacitación y Desarrollo, Remuneraciones, Exigencia en el Mercado y Situaciones de Cambio) que evalúan el clima organizacional que presentan las instituciones laborales.

ANALISIS PSICOMETRICO DE LA PRUEBA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Tabla Nº 5

Análisis de la Confiabilidad del área de Identificación con la institución

Ítems	Media	D. E.	ritc
1	2.98	1.08	0.36
12	2.96	1.16	0.65
23	3.06	1.25	0.40
34	3.24	1.13	0.37
45	3.26	1.09	0.40
54	3.19	1.11	0.45
62	2.73	1.29	0.37
70	2.90	1.11	0.57
Alfa de Cronbach = 0.75 *			

*** p < .05**

N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.75, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área de Identificación con la Institución presenta confiabilidad.

Tabla N° 6

Análisis de la Confiabilidad del área de Relaciones Interpersonales

Ítems	Media	D. E.	ritc
2	3.33	1.16	0.30
13	2.48	1.08	0.42
24	3.90	1.06	0.33
35	3.56	0.99	0.46
46	3.28	0.96	0.50
55	3.11	1.19	0.37
63	2.92	1.14	0.27
Alfa de Cronbach = 0.67 *			

*** p < .05**

N = 234

En lo que concierne al área Relaciones Interpersonales, los hallazgos permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.67, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área presenta confiabilidad.

Tabla N° 7

Análisis de la Confiabilidad del área de Comunicaciones

Ítems	Media	D. E.	ritc
3	3.53	1.06	0.54
14	2.93	1.17	0.57
25	2.96	1.10	0.47
36	3.77	1.04	0.26
47	2.84	1.06	0.48
56	4.05	1.00	0.26
64	3.57	1.07	0.55
71	3.10	1.07	0.52
74	2.97	1.04	0.52
77	3.44	1.17	0.50
Alfa de Cronbach = 0.80 *			

*** p < .05**

N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.80, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área de Comunicaciones presenta confiabilidad.

Tabla Nº 8

Análisis de la Confiabilidad del área de Posición Actual

Ítems	Media	D. E.	ritc
4	3.58	1.19	0.51
15	2.55	1.26	0.49
26	3.17	1.23	0.45
37	3.63	1.27	0.43
48	3.20	1.11	0.52
57	3.84	1.07	0.23
65	3.51	1.18	0.43
Alfa de Cronbach = 0.73 *			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados del área de Posición Actual, permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.73, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área presenta confiabilidad.

Tabla N° 9

Análisis de ítems y confiabilidad del área de Reconocimiento

Ítems	Media	D. E.	ritc
5	2.23	1.20	0.48
16	2.08	1.10	0.60
27	2.39	1.21	0.63
38	2.25	1.26	0.65
49	2.48	1.36	0.57
58	2.82	1.29	0.52
66	2.58	1.36	0.47
Alfa de Cronbach = 0.82 *			

* $p < .05$
N = 234

En lo que concierne a los resultados del área de reconocimiento, se puede observar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.82, el cual es significativo, lo que permite concluir que dicha área presenta confiabilidad.

Tabla N° 10

Análisis de ítems y confiabilidad del área de Ambiente y Condiciones de trabajo

Ítems	Media	D. E.	ritc
6	3.27	1.09	0.40
17	3.03	1.11	0.41
28	3.30	1.23	0.61
39	2.98	1.02	0.46
50	2.51	1.22	0.32
59	3.37	1.16	0.43
67	3.10	1.05	0.57
72	3.03	1.12	0.47
75	3.28	1.02	0.53
78	2.91	1.07	0.55
Alfa de Cronbach = 0.80 *			

*** p < .05**

N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.80, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área de Ambiente y Condiciones de trabajo presenta confiabilidad.

Tabla N° 11

Análisis de ítems y confiabilidad del área de Dirección

Ítems	Media	D. E.	ritc
7	2.80	1.11	0.52
18	3.46	1.04	0.55
29	3.34	1.16	0.71
40	2.93	1.00	0.62
51	2.69	1.23	0.53
60	3.25	1.08	0.58
68	3.48	0.98	0.52
73	2.74	1.14	0.28
76	3.32	1.01	0.62
Alfa de Cronbach = 0.84 *			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados del área de Dirección permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.84, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área presenta confiabilidad.

Tabla N° 12
Análisis de ítems y confiabilidad del área de Capacitación y Desarrollo

Ítems	Media	D. E.	ritc
8	2.30	1.08	0.40
19	2.34	1.17	0.46
30	3.03	1.32	0.31
41	3.06	1.11	0.38
52	2.35	1.31	0.47
Alfa de Cronbach = 0.65 *			

* $p < .05$

N = 234

En lo que se refiere al área de Capacitación y Desarrollo, los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.65, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área presenta confiabilidad.

Tabla N° 13
Análisis de ítems y confiabilidad del área de Remuneraciones

Ítems	Media	D. E.	ritc
9	2.04	1.20	0.55
20	1.75	1.04	0.59
31	2.03	1.12	0.60
42	2.19	1.30	0.55
Alfa de Cronbach = 0.77 *			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.77, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área de Remuneraciones presenta confiabilidad.

Tabla N° 14

Análisis de ítems y confiabilidad del área de Exigencia en el Mercado

Ítems	Media	D. E.	ritc
10	3.06	1.15	0.45
21	3.15	1.29	0.61
32	3.48	0.98	0.34
43	3.33	1.29	0.73
Alfa de Cronbach = 0.74 *			

* $p < .05$

N = 234

En relación al área de Exigencias en el Mercado, los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.74, el cual es significativo, lo que permite concluir que dicha área presenta confiabilidad.

Tabla N° 15

Análisis de ítems y confiabilidad del área de Situaciones de Cambio

Ítems	Media	D. E.	ritc
11	2.92	1.31	0.52
22	2.66	1.23	0.60
33	2.42	1.22	0.44
44	2.01	1.03	0.50
53	2.56	1.23	0.45
61	2.60	1.13	0.34
69	2.96	1.20	0.48
Alfa de Cronbach = 0.76 *			

*** p < .05**

N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.76, el cual es significativo, lo que permite concluir que el área de Situaciones de Cambio presenta confiabilidad.

Tabla N° 16

Análisis generalizado de la Confiabilidad de la Prueba de Clima Organizacional

Variable	Media	D. E.	ritc
Identificación Institución	24.39	5.56	0.75
Relaciones Interpersonales	22.58	4.49	0.75
Comunicaciones	33.18	6.55	0.85
Posición Actual	23.55	5.18	0.76
Reconocimiento	16.56	6.08	0.78
Ambiente y Condiciones	30.69	6.68	0.81
Dirección	28.03	6.82	0.76
Capacitación y Desarrollo	12.92	3.89	0.71
Remuneraciones	7.84	3.49	0.66
Exigencia en el Mercado	12.51	2.93	0.63
Situaciones de cambio	18.02	5.37	0.80
Alfa de Cronbach = 0.94 *			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados del análisis generalizado de la confiabilidad de la prueba de Clima Organizacional, incluyendo las áreas como si fueran ítems permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.94, lo que permite concluir que la prueba de Clima Organizacional presenta confiabilidad.

Tabla N° 17
Análisis de la Validez de Constructo de la Prueba de Clima
Organizacional

Variable	Media	D. E.	Factor 1
Identificación Institución	24.39	5.56	0.64
Relaciones Interpersonales	22.58	4.49	0.64
Comunicaciones	33.18	6.55	0.77
Posición Actual	23.55	5.18	0.65
Reconocimiento	16.56	6.08	0.69
Ambiente y Condiciones	30.69	6.68	0.73
Dirección	28.03	6.82	0.65
Capacitación y Desarrollo	12.92	3.89	0.58
Remuneraciones	7.84	3.49	0.53
Exigencia en el Mercado	12.51	2.93	0.47
Situaciones de cambio	18.02	5.37	0.72
Varianza Explicada			64.36%
Medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.93 Test de Esfericidad de Bartlett = 2027.965 ***			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados permiten denotar que la medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin alcanza un valor de 0.93 que puede considerarse como adecuado, mientras que el test de esfericidad de Bartlett presenta un valor que es significativo, lo que nos indica que los coeficientes de correlación entre los ítems son lo suficiente elevados como para continuar con el análisis factorial.

Se aprecia que existe un solo factor que explica el 64.36% de la varianza total. Estos hallazgos nos permiten indicar que la prueba de clima organizacional presenta validez de constructo.

Encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture

Ficha Técnica

Nombre : Hospital Survey on Patient Safety Culture

Autor : Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency
Cordination Task Force

Año : 2004

Adaptación : Universidad de Murcia.

Administración : Individual o Colectiva

Duración : Sin tiempo limitado. Aproximadamente 15 minutos

Significación: Se trata de cinco escalas independientes (Seguridad en el área de trabajo, Seguridad brindada por la Dirección, -Seguridad desde la comunicación, Frecuencia de sucesos notificados y Seguridad desde la atención primaria) que evalúan la cultura de seguridad del paciente que presentan las instituciones de salud.

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA PRUEBA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla N° 18

**Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Seguridad en el área de
trabajo**

Item	M	D. E.	ritc
item1	3.57	0.88	0.49
item2	2.10	0.86	0.24
item3	3.19	1.07	0.56
item4	3.60	0.99	0.42
item5	3.20	1.20	0.33
item6	3.68	0.85	0.40
item7	2.10	1.00	0.39
item8	2.85	0.94	0.19
item9	3.75	0.93	0.52
item10	2.74	1.02	0.37
item11	3.48	0.90	0.52
item12	3.23	1.04	0.19
item13	3.57	0.94	0.49
item14	3.30	1.09	0.52
item15	3.25	0.99	0.26
item16	3.29	1.03	0.57
item17	2.70	1.05	0.34
item18	3.26	0.91	0.62
Alfa de Cronbach = 0.83*			

* $p < .05$
N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre

sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.83, el cual es significativo, lo que permite concluir que el Factor Seguridad en el área de trabajo presenta confiabilidad.

Tabla N° 19
Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Seguridad brindada por la Dirección

Ítem	M	D. E.	r_{itc}
ítem19	3.71	0.80	0.64
ítem20	3.69	0.79	0.40
ítem21	3.35	0.99	0.23
ítem22	3.54	0.90	0.67
Alfa de Cronbach = 0.69*			

* $p < .05$
N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.69, el cual es significativo, lo que permite concluir que el Factor Seguridad brindada por la Dirección presenta confiabilidad.

Tabla N° 20
Análisis de ítems y confiabilidad del área del Factor Seguridad desde la comunicación

Item	M	D. E.	ritc
ítem23	3.56	1.08	0.53
ítem24	3.36	1.11	0.45
ítem25	3.73	0.95	0.36
ítem26	3.30	1.16	0.48
ítem27	3.50	1.05	0.32
ítem28	3.41	1.08	0.47
Alfa de Cronbach = 0.71*			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.71, el cual es significativo, lo que permite concluir que el Factor Seguridad desde la comunicación presenta confiabilidad.

Tabla N° 21
Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Frecuencia de sucesos notificados

Item	M	D. E.	ritc
ítem29	3.24	1.03	0.76
ítem30	3.25	1.14	0.79
ítem31	3.24	1.21	0.68
Alfa de Cronbach = 0.87*			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.87, el cual es significativo, lo que permite concluir que el Factor Frecuencia de sucesos notificados presenta confiabilidad.

Tabla N° 22
Análisis de ítems y confiabilidad del Factor Seguridad desde la
atención primaria

Ítem	M	D. E.	r_{itc}
ítem32	3.32	1.01	0.55
ítem33	3.07	0.93	0.24
ítem34	2.97	1.01	0.50
ítem35	3.29	0.83	0.42
ítem36	3.39	0.89	0.51
ítem37	3.46	0.94	0.30
ítem38	3.24	0.95	0.24
ítem39	3.26	1.04	0.62
ítem40	2.85	1.09	0.21
ítem41	3.31	1.04	0.61
ítem42	3.39	1.02	0.43
Alfa de Cronbach = 0.77*			

* p < .05
N = 234

Los resultados permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.77, el cual es significativo, lo que permite concluir que el Factor Seguridad desde la atención primaria presenta confiabilidad.

Tabla N° 23
Análisis Generalizado de la Prueba de Cultura de Seguridad del
Paciente

Ítem	M	D. E.	r_{itc}
Seguridad en el área de trabajo	54.97	9.65	0.28
Seguridad brindada por la Dirección	14.63	2.46	0.62
Seguridad desde la comunicación	21.02	4.25	0.34
Frecuencia de sucesos notificados	9.88	3.21	0.57
Seguridad desde la atención primaria	34.80	6.02	0.49
Alfa de Cronbach = 0.66*			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados del análisis generalizado de la confiabilidad de la Prueba de Cultura de Seguridad del Paciente, incluyendo las áreas como si fueran ítems permiten apreciar que las correlaciones ítem-test corregidas son superiores a 0.20, lo que nos indica que los ítems son consistentes entre sí. El análisis de la confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach asciende a 0.66, el cual es significativo, lo que permite concluir que la prueba de Cultura de Seguridad presenta confiabilidad.

Tabla N° 24

Análisis de la Validez de Constructo de la Prueba de Cultura de Seguridad del Paciente

Ítem	M	D. E.	Factor
Seguridad en el área de trabajo	54.97	9.65	0.47
Seguridad brindada por la Dirección	14.63	2.46	0.85
Seguridad desde la comunicación	21.02	4.25	0.55
Frecuencia de sucesos notificados	9.88	3.21	0.85
Seguridad desde la atención primaria	34.80	6.02	0.79
Varianza Explicada			70.20 %
Medida de Adecuación del Muestreo de Kaiser Meyer-Olkin = 0.72			
Test de Esfericidad de Bartlett 353.853***			

* $p < .05$

N = 234

Los resultados permiten denotar que la matriz de correlaciones alcanzan una medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.72 que puede considerarse como adecuado, mientras que el test de esfericidad de Bartlett presenta un valor que es significativo, estos hallazgos nos indica que los coeficientes de correlación entre los ítems son lo suficiente elevados como para continuar con el análisis factorial.

Se aprecia que existe un solo factor que explica el 70.20 % de la varianza total. Este hallazgo permite concluir que la Prueba de Cultura de Seguridad del Paciente presenta validez de constructo.

3.7. Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizarán con el programa computacional SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Los estadísticos que probablemente se emplearán teniendo en cuenta las características de la muestra y el nivel de las variables serán los siguientes:

Media aritmética: Es una medida de tendencia central que permite determinar el promedio de los puntajes obtenidos. Es el resultado de la suma de las calificaciones, divididas entre el número de personas que responden.

$$X = \frac{\sum \bar{x}}{N}$$

Prueba Z de Comparación de Proporciones: Es una prueba estadística para analizar si dos proporciones difieren significativamente entre sí.

Se aplica la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{P1 - P2}{\sqrt{\frac{P1 q1}{N1} + \frac{P2 q2}{N2}}}$$

$q1 = 1 - P1$
 $q2 = 1 - P2$

La puntuación Z resultante se compara con la puntuación Z de la distribución de puntuaciones Z (normal) que corresponda al nivel de confianza elegido. El valor calculado de Z (resultante de aplicar la fórmula) debe ser igual o mayor que el valor de la tabla de áreas bajo la curva normal correspondiente. Si es mayor o igual, se acepta la hipótesis de investigación. Si es menor se rechaza.

Coeficiente de correlación r de Pearson:

Mide el grado de correlación (la dirección de esa correlación es positiva o negativa) entre dos variables de escala métrica (intervalar o de razón).

Este coeficiente, normalmente representado por la letra "r" asume apenas valores entre -1 e 1.

- $r = 1$ Significa una correlación perfecta entre las dos variables
- $r = -1$ Significa una correlación negativa perfecta entre las dos variables
- $r = 0$ Significa que las dos variables no dependen linealmente una de otra.

Cálculo:

El coeficiente de correlación de Pearson se calcula según la siguiente fórmula:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}},$$

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis e Interpretación de Resultados

Tabla N° 25

**Test de Bondad de Ajuste a la Curva Normal de Kolmogorov - Smirnov
de la prueba de Clima Organizacional**

Variable	Media	D. E.	K-SZ	Sig.
Identificación Institución	24.39	5.56	0.92	.364
Relaciones Interpersonales	22.58	4.49	1.19	.117
Comunicaciones	33.18	6.55	1.30	.053
Posición Actual	23.55	5.18	0.94	.340
Reconocimiento	16.56	6.08	1.33	.051
Ambiente y Condiciones	30.69	6.68	1.20	.109
Dirección	28.03	6.82	1.27	.077
Capacitación y Desarrollo	12.92	3.89	1.57	.014
Remuneraciones	7.84	3.49	2.07	.000
Exigencia en el Mercado	12.51	2.93	2.04	.000
Situaciones de cambio	18.02	5.37	1.28	.074

N = 234

Los resultados presentados en la Tabla N° 25, indican que las distribuciones de los puntajes de las áreas de la prueba de Clima organizacional presentan estadísticos K-S Z que no son estadísticamente significativos, por lo que podemos concluir que presentan una adecuada aproximación a la curva normal. Es por ello que se recomienda utilizar contrastes estadísticos paramétricos en el análisis de los datos de la investigación (Siegel y Castellan, 1995).

Tabla N° 26
Test de Bondad de Ajuste a la Curva Normal de Kolmogorov - Smirnov
de la prueba de Cultura de Seguridad del Paciente

Variable	Media	D. E.	K-SZ	Sig.
Seguridad en el área de trabajo	54.97	9.65	2.54	.000
Seguridad brindada por la Dirección	14.63	2.46	3.21	.000
Seguridad desde la comunicación	21.02	4.25	1.62	.010
Frecuencia de sucesos notificados	9.88	3.21	1.91	.010
Seguridad desde la atención primaria	34.80	6.02	1.27	.075

N = 234

Los resultados presentados en la Tabla N° 26, indican que las distribuciones de los puntajes de las áreas de la prueba de cultura de seguridad del paciente presentan estadísticos K-S Z que son estadísticamente significativos, por lo que podemos concluir que no presentan una adecuada aproximación a la curva normal. Es por ello que se recomienda utilizar contrastes estadísticos no paramétricos en el análisis de los datos de la investigación, sin embargo al existir en general un mayor número de áreas con distribución normal se prefiere utilizar contrastes estadísticos paramétricos (Siegel y Castellan, 1995).

Tabla N° 27

Análisis de Correlación entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente

Variables	Cultura de Seguridad del Paciente
Clima Organizacional	0.71***

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

N = 234

Los resultados presentados en la Tabla N° 27 nos indican que existen correlaciones significativas entre las variables en estudio ($r = 0.71$).

Tabla N° 28

Análisis de Correlación entre los Factores del Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente

Variables	Cultura de Seguridad del Paciente
Identificación Institución	0.62***
Relaciones Interpersonales	0.53***
Comunicaciones	0.61***
Posición Actual	0.61***
Reconocimiento	0.63***
Ambiente y Condiciones	0.58***
Dirección	0.55***
Capacitación y Desarrollo	0.51***
Remuneraciones	0.54***
Exigencia en el Mercado	0.49***
Situaciones de cambio	0.56***

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

N = 234

Los resultados presentados en la Tabla N° 28 nos indican que existen correlaciones significativas, notándose que las correlaciones que alcanzan mayor valor son:

- Reconocimiento con Cultura de Seguridad del Paciente ($r = 0.63$)

- Identificación Institución con Cultura de Seguridad del Paciente ($r = 0.62$)
- Comunicaciones con Cultura de Seguridad del Paciente ($r = 0.61$)
- Posición Actual con Cultura de Seguridad del Paciente ($r = 0.61$)

ANALISIS COMPARATIVOS

Tabla Nº 29

**Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de
Clima Organizacional por Sexo**

Variables	Varón N = 104		Mujer N = 130		Z	Sig
	M	D.E.	M	D.E.		
Identificación Institución	24.10	5.93	24.76	5.06	0.91	.362
Relaciones Interpersonales	22.11	4.82	23.18	3.98	-1.81	.071
Comunicaciones	32.33	7.05	34.25	5.72	-2.23	.026*
Posición Actual	23.01	5.49	24.24	4.69	-1.80	.072
Reconocimiento	16.03	6.38	17.23	5.63	-1.50	.134
Ambiente y Condiciones	29.81	7.31	31.79	5.64	-2.27	.024*
Dirección	27.13	7.22	29.15	6.14	-2.26	.024*
Capacitación y Desarrollo	12.56	4.18	13.36	3.45	-1.56	.120
Remuneraciones	7.45	3.70	8.33	3.17	-1.92	.055
Exigencia en el Mercado	12.30	2.84	12.77	3.02	-1.22	.223
Situaciones de cambio	17.26	5.85	18.97	4.56	-2.44	.015*
Total CO	224.14	51.13	238.07	38.56	-2.30	.022*

* $p < .05$

N = 234

El análisis comparativo del Inventario de Clima Organizacional por Sexo (ver Tabla Nº 29), indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de:

- Comunicaciones ($Z = - 2.23$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 34.25$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 32.33$).
- Ambiente y Condiciones de trabajo ($Z = - 2.27$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 31.79$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 29.81$).
- Dirección ($Z = - 2.26$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 29.15$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 27.13$).
- Situaciones de cambio ($Z = - 2.44$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 18.97$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 17.26$).
- Total del Clima Organizacional ($Z = - 2.30$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 238.07$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 224.14$).

Tabla N° 30
Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de
Cultura de seguridad del Paciente por Sexo

Variables	Varón N = 104		Mujer N = 130		Z	Sig
	M	D.E.	M	D.E.		
Seguridad en el área de trabajo	54.40	10.51	55.69	8.44	-1.01	.313
Seguridad brindada por la Dirección	14.33	2.54	15.00	2.31	-2.10	.036*
Seguridad desde la comunicación	20.70	4.23	21.41	4.26	-1.26	.208
Frecuencia de sucesos notificados	9.39	3.14	10.50	3.20	-2.65	.009**
Seguridad desde la atención primaria	34.09	6.04	35.70	5.90	-2.04	.042*
Total CSP	132.93	18.55	138.31	16.37	-2.32	.021*

N = 234

El análisis comparativo del Inventario de Cultura de seguridad del Paciente por Sexo (ver Tabla N° 30), indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de:

- Seguridad brindada por la Dirección ($Z = -2.10$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 15.00$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 14.33$).
- Frecuencia de sucesos notificados ($Z = -2.65$ $p < .01$), apreciándose que las mujeres ($M = 10.50$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 9.39$).

- Seguridad desde la atención primaria ($Z = -2.04$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 35.70$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 34.09$).
- Total Cultura de seguridad del paciente ($Z = -2.32$ $p < .05$), apreciándose que las mujeres ($M = 138.31$) presentan promedios más altos que los varones ($M = 132.93$).

Tabla Nº 31

Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de Clima Organizacional por Profesión

Variables	Enfermeras N = 106		Médicos N = 128		Z	Sig
	M	D.E.	M	D.E.		
Identificación Institución	23.17	5.49	25.40	5.43	-3.10	.002**
Relaciones Interpersonales	21.53	4.28	23.46	4.48	-3.32	.001***
Comunicaciones	31.16	6.37	34.85	6.24	-4.45	.000***
Posición Actual	22.39	5.27	24.52	4.92	-3.18	.002**
Reconocimiento	14.75	5.28	18.06	6.30	-4.29	.000***
Ambiente y Condiciones	28.79	6.62	32.27	6.33	-4.10	.000***
Dirección	25.10	6.37	30.46	6.22	-6.48	.000***
Capacitación y Desarrollo	11.81	3.50	13.84	3.96	-4.11	.000***
Remuneraciones	6.97	3.13	8.57	3.62	-3.56	.000***
Exigencia en el Mercado	12.00	2.91	12.94	2.88	-2.48	.014*
Situaciones de cambio	16.57	5.00	19.21	5.40	-3.85	.000***
Total CO	214.29	42.90	243.62	45.11	-5.06	.000***

* $p < .05$

N = 234

El análisis comparativo del Inventario de Clima Organizacional por Profesión (ver Tabla N° 31), indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de:

- Identificación Institución ($Z = - 3.10$ $p < .01$), apreciándose que los médicos ($M = 25.40$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 23.17$).
- Relaciones Interpersonales ($Z = - 3.32$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 23.46$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 21.53$).
- Comunicaciones ($Z = - 4.45$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 34.85$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 31.16$).
- Posición Actual ($Z = - 3.18$ $p < .01$), apreciándose que los médicos ($M = 24.52$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 22.39$).
- Reconocimiento ($Z = - 4.29$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 18.06$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 14.75$).
- Ambiente y Condiciones de trabajo ($Z = - 4.10$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 32.27$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 28.79$).
- Dirección ($Z = - 6.48$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 30.46$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 25.10$).

- Capacitación y Desarrollo ($Z = - 4.11$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 13.84$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 11.81$).
- Remuneraciones ($Z = - 3.56$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 8.57$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 6.97$).
- Exigencia en el Mercado ($Z = - 2.48$ $p < .05$), apreciándose que los médicos ($M = 12.94$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 12.00$).
- Situaciones de cambio ($Z = - 3.85$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 19.21$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 16.57$).
- Total del Clima Organizacional ($Z = - 5.06$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 243.62$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 214.29$).

Tabla N° 32

**Prueba Z de comparación de medias de los puntajes del Inventario de
Cultura de seguridad del Paciente por Profesión**

Variables	Enfermeras N = 106		Médicos N = 128		Z	Sig
	M	D.E.	M	D.E.		
Seguridad en el área de trabajo	53.50	10.30	56.19	8.92	-2.13	.034*
Seguridad brindada por la Dirección	14.03	2.39	15.12	2.42	-3.43	.001***
Seguridad desde la comunicación	20.22	4.17	21.67	4.22	-2.63	.009**
Frecuencia de sucesos notificados	9.16	3.16	10.47	3.14	-3.15	.002**
Seguridad desde la atención primaria	33.70	6.14	35.71	5.78	-2.57	.011**
Total CSP	130.65	18.55	139.19	16.19	-3.76	.000***

N = 234

El análisis comparativo del Inventario de Cultura de seguridad del Paciente por Sexo (ver Tabla N° 32), indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de:

- Seguridad en el área de trabajo ($Z = -2.13$ $p < .05$), apreciándose que los médicos ($M = 56.19$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 53.50$).

- Seguridad brindada por la Dirección ($Z = - 3.43$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 15.12$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 14.03$).
- Seguridad desde la comunicación ($Z = - 2.63$ $p < .01$), apreciándose que los médicos ($M = 21.67$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 20.22$).
- Frecuencia de sucesos notificados ($Z = - 3.15$ $p < .01$), apreciándose que los médicos ($M = 10.47$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 9.16$).
- Seguridad desde la atención primaria ($Z = - 2.57$ $p < .01$), apreciándose que los médicos ($M = 35.71$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 33.70$).
- Total Cultura de seguridad del paciente ($Z = - 3.76$ $p < .001$), apreciándose que los médicos ($M = 139.19$) presentan promedios más altos que las enfermeras ($M = 130.65$).

Tabla N° 33
Análisis de Varianza de un Factor del Clima Organizacional por Rango de Edad

Variables	25 – 29 N = 44	30 – 34 N = 24	35 – 39 N = 38	40 – 44 N = 41	45 – 49 N = 28	50 – 54 N = 36	55 a más N = 23	F	Sig.
	M	M	M	M	M	M	M		
Identificación Institución	24.90	24.04	25.31	24.92	23.14	23.55	24.17	0.68	.659
Relaciones Interpersonales	23.27	21.91	22.21	23.09	22.64	22.44	21.86	0.49	.815
Comunicaciones	34.40	31.87	33.39	34.29	32.71	32.19	32.04	0.89	.502
Posición Actual	24.90	22.16	23.84	24.56	22.89	22.50	22.65	1.52	.171
Reconocimiento	17.02	15.37	16.73	17.29	16.07	17.05	15.17	0.56	.760
Ambiente y Condiciones	31.95	29.29	30.15	32.14	30.00	30.58	29.08	1.07	.377
Dirección	28.75	26.29	29.26	28.65	27.75	27.16	27.04	0.78	.582
Capacitación y Desarrollo	13.59	12.25	13.15	12.85	12.96	12.91	12.04	0.55	.769
Remuneraciones	8.00	7.50	8.00	8.73	7.67	7.77	6.39	1.18	.315
Exigencia en el Mercado	13.02	11.50	12.55	12.75	12.32	12.41	12.52	0.76	.595
Situaciones de cambio	19.00	18.20	18.57	17.68	16.92	17.63	17.56	0.58	.741
Total CO	238.84	220.41	233.21	237.00	225.10	226.25	220.56	0.86	.520

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

El análisis comparativo del Inventario de Clima organizacional por Rango de Edad (ver Tabla N° 33), indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.

Tabla N° 34

Análisis de Varianza de un Factor de la Cultura de seguridad del paciente por Rango de Edad

Variables	25 – 29 N = 44	30 – 34 N = 24	35 – 39 N = 38	40 – 44 N = 41	45 – 49 N = 28	50 – 54 N = 36	55 a más N = 23	F	Sig.
	M	M	M	M	M	M	M		
Seguridad en el área de trabajo	54.84	54.20	56.47	55.65	54.53	55.38	52.26	0.53	.784
Seguridad brindada por la Dirección	14.95	14.54	14.44	15.24	14.85	14.08	13.91	1.25	.278
Seguridad desde la comunicación	21.95	21.41	20.63	21.70	20.53	20.30	19.95	1.09	.368
Frecuencia de sucesos notificados	10.93	9.16	9.47	10.21	10.64	9.05	9.08	2.10	.053
Seguridad desde la atención primaria	36.63	34.33	34.34	35.78	34.89	32.80	33.86	1.70	.121
Total CSP	139.31	133.66	135.36	138.60	135.46	131.63	129.08	1.38	.223

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

El análisis comparativo del Inventario de Cultura de seguridad del paciente por Rango de Edad (ver Tabla N° 34), indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.

Tabla N° 35

Análisis de Varianza de un Factor del Clima Organizacional por Rango de Tiempo de Servicios

Variables	1 – 5 N = 52	6 – 10 N = 46	11 – 15 N = 33	16 – 20 N = 38	21 – 25 N = 25	26 – + N = 40	F	Sig.
	M	M	M	M	M	M		
Identificación Institución	25.51	25.45	23.96	23.55	22.92	23.80	1.42	.215
Relaciones Interpersonales	23.46	22.47	22.00	22.84	21.12	22.75	1.08	.371
Comunicaciones	34.53	34.00	32.51	33.02	30.92	32.62	1.32	.255
Posición Actual	25.07	23.89	23.36	22.60	21.68	23.45	1.89	.097
Reconocimiento	16.76	17.60	16.54	16.60	14.20	16.55	1.04	.394
Ambiente y Condiciones	31.84	31.63	30.51	30.21	27.20	30.92	1.95	.087
Dirección	28.75	28.71	26.75	28.44	26.76	27.77	0.64	.665
Capacitación y Desarrollo	13.34	13.82	12.81	12.34	11.40	12.92	1.57	.167
Remuneraciones	8.09	7.93	8.72	7.42	6.32	8.05	1.58	.164
Exigencia en el Mercado	13.07	12.06	12.12	12.63	12.16	12.75	0.85	.514
Situaciones de cambio	19.26	18.63	17.84	17.07	16.28	17.82	1.46	.202
Total CO	239.75	236.23	227.18	226.76	210.96	229.42	1.54	.177

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

El análisis comparativo del Inventario de Clima organizacional por Rango de Tiempo de Servicios (ver Tabla N° 35), indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.

Tabla Nº 36

Análisis de Varianza de un Factor de la Cultura de seguridad del paciente por Rango de Tiempo de Servicios

Variables	1 – 5 N = 52	6 – 10 N = 46	11 – 15 N = 33	16 – 20 N = 38	21 – 25 N = 25	26 – + N = 40	F	Sig.
	M	M	M	M	M	M		
Seguridad en el área de trabajo	54.63	56.04	53.15	55.73	55.08	54.92	0.40	.846
Seguridad brindada por la Dirección	14.78	14.95	14.51	14.39	13.68	14.97	1.19	.314
Seguridad desde la comunicación	21.88	21.73	20.84	21.10	18.80	20.52	2.23	.052
Frecuencia de sucesos notificados	10.76	10.26	9.63	9.00	8.96	9.92	1.98	.082
Seguridad desde la atención primaria	36.00	36.06	34.84	33.47	33.48	33.87	1.63	.151
Total CSP	138.07	139.06	133.00	133.71	130.00	134.22	1.31	.257

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Diferencias significativas por pares de medias a través del test de Scheffe: a, b, c

El análisis comparativo del Inventario de Cultura de seguridad del paciente por Rango de Tiempo de Servicios (ver Tabla Nº 36), indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.

4.1.1 Discusión de Resultados

Regularmente en el proceso de investigación se requiere la utilización de instrumentos para recopilar los datos que nos permitan luego realizar la prueba de hipótesis. Pero la utilización de instrumentos de medición exige que estos cuenten con la necesaria validez y confiabilidad, razón por lo cual se realizaron los análisis respectivos.

Los resultados del análisis psicométrico de la prueba de Clima Organizacional, nos indican que todos los ítems forman parte de dicho inventario, y corresponden a cada una de las sub escalas asignadas en el inventario. El instrumento es confiable en la medida que sus escalas obtuvieron coeficientes Alfa de Cronbach con valores que oscilan entre 0.65 y 0.84 y la escala total obtuvo 0.94.

En cuanto a la validez, el resultado del Análisis Factorial Exploratorio indica que la prueba está conformada por un solo factor que en general explica el 64.36% de la varianza total. Por otra parte tenemos que la medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin alcanza un valor de 0.93 que puede considerarse como adecuado, mientras que el test de esfericidad de Bartlett presenta un valor que es significativo.

Estos hallazgos permiten concluir que la prueba de clima organizacional presenta validez de constructo.

En lo que se refiere a la prueba de cultura de seguridad del paciente y de acuerdo a los resultados del análisis psicométrico efectuado se observa que todos los ítems forman parte de dicha prueba y corresponden a cada una de las escalas asignadas por sus autores. El instrumento es confiable en la medida que sus escalas obtuvieron coeficientes Alfa de Cronbach con valores que oscilan entre 0.69 y 0.87 y la prueba total alcanza un valor de 0.66.

Por otra parte y con respecto a la validez de constructo del inventario, efectuado a través del Análisis Factorial Exploratorio, aplicando el método de los componentes principales, permite observar que presenta una Medida de Adecuación del Muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin que asciende a 0.72, el cual puede clasificarse como adecuado. Además presenta un test de esfericidad de Bartlett cuyo valor denota que la matriz de correlaciones entre áreas es significativa. El Análisis Factorial Exploratorio indica que la prueba está conformada por un solo factor que explica el 70.20% de la varianza total; los resultados alcanzados permiten concluir que la prueba de cultura de seguridad del paciente presenta validez de constructo.

En lo que respecta a la hipótesis general planteada “Existe una relación significativa entre el Clima Organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval”, los resultados nos muestran que estas variables están significativamente relacionadas, por lo que se debe darles toda la importancia que el caso requiere en la medida de que pueden contribuir significativamente a lograr instituciones de salud realmente de calidad con los menores índices de eventos adversos.

Así mismo se debe señalar que estos resultados se encuentran en la misma dirección que los reportados por Del Rio, J., Munares, A. y Montalvo, H. (2013), quienes señalan que es necesario mejorar el clima organizacional de la institución, aplicando un plan de intervención con proyectos de mejora del entorno organizacional. En nuestro caso un clima organizacional óptimo debe permitir un mejor manejo de la cultura de seguridad del paciente.

Por otro lado se debe mencionar también que se ha coincidido con el trabajo de López, D. (2008), quien reporta que la cultura de seguridad del paciente en Colombia va de la mano con el sistema de garantía de la calidad en salud incentivado por políticas internacionales que definen los lineamientos en la

unificación de criterios de procesos y procedimientos en la práctica clínica.

Los resultados obtenidos permiten identificar la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre los diferentes temas relacionados con la cultura de la seguridad de los pacientes, entre los que se incluye el reporte de incidentes, actitudes para el trabajo de equipo, comunicación y coordinación entre los equipos de trabajo, y una estrecha relación entre ellos.

Se debe considerar que uno de los componentes de gran trascendencia desde el punto de vista de la seguridad de los pacientes es el que permite el informe de incidentes durante el proceso de la atención médica. En este sentido se conoce que todavía existe resistencia para realizarlo, aduciéndose diferentes razones como el exceso por diversas investigaciones, el temor al castigo o a la pérdida de credibilidad y prestigio, también podemos agregar que en este sentido, el problema de la comunicación continúa siendo un pendiente trascendente, no solamente el relacionado con la percepción de la cultura sobre la seguridad sino con el proceso de la atención médica hospitalaria, como lo reporta, Rodríguez y Saturno: "El sistema de gestión se utilizará para promover y apoyar una cultura de seguridad a través de proporcionar los medios para que la organización apoye a individuos y equipos

para llevar a cabo sus tareas de manera segura y con éxito, teniendo en cuenta la interacción entre los individuos, la tecnología y la organización "(OMS).

Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología. Los errores son involuntarios y requieren sistemas bien estructurados para su manejo que permitan minimizar al máximo cualquier posibilidad de error. Hasta hace unos años se asumía que el trabajador de la salud brindaba la atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño. Por tanto se creía ingenuamente que la atención era perfecta sin posibilidades de equivocación.

Los resultados de los servicios en salud y la investigación han demostrado que los procesos de atención en salud implican pensar en sistemas de riesgo que incluyan barreras de seguridad para minimizar los fallos involuntarios que se dan. En la nueva comprensión del tema se requiere trabajar para que la gente comprenda que el reporte podría mejorar la calidad y la seguridad del paciente, garantizando que no habrá represalias y que todos conocen el sistema.

4.2. Prueba de Hipótesis

La prueba de hipótesis siguió los siguientes pasos:

1. Expresar la hipótesis de investigación y eventualmente la hipótesis nula. En nuestro caso se consideró suficiente plantear la hipótesis de investigación.
2. Especificar el nivel de significancia, que en la estadística está claramente definida: $*p < ,05$ $**p < ,01$ $*** p < ,001$
3. Determinar el tamaño de la muestra
4. Determinar la prueba estadística a utilizar considerando los resultados del test de Kolgomorov smirnov que nos deben indicar si existe o no una distribución normal por lo que se deberá aplicar estadísticas paramétricas o no paramétricas. En la presente investigación se utilizaron estadísticas paramétricas.
5. Coleccionar los datos y calcular el valor de la muestra de la prueba estadística apropiada.
6. Determinar si la prueba estadística ha sido en la zona de rechazo a una de no rechazo.
7. Contrastar los resultados con las fuentes teóricas o investigaciones antecedentes.

CONCLUSIONES

1. El análisis correlacional entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente, indican que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables.
2. El Análisis de correlación entre las dimensiones del Clima Organizacional y las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente, indican que existen correlaciones significativas y positivas.
3. El análisis de la diferencias entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto del Clima Organizacional, indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de Comunicaciones, Ambiente y Condiciones de trabajo, Dirección, Situaciones de cambio y en el Total del Clima Organizacional, apreciándose que las mujeres presentan promedios más altos que los varones.
4. El análisis de la diferencias entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de Seguridad brindada por la Dirección, Frecuencia de sucesos notificados, Seguridad desde la atención primaria y en el Total de la Cultura de seguridad del paciente, apreciándose que las mujeres presentan promedios más altos que los varones.

5. El análisis de la diferencias entre el personal de salud, médicos y enfermeras, respecto del Clima Organizacional, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que los médicos presentan promedios más altos que las enfermeras.
6. El análisis de la diferencias entre el personal de salud, médicos y enfermeras, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que los médicos presentan promedios más altos que las enfermeras.
7. El análisis de las diferencias entre el personal de salud considerando su rango de edad, respecto del Clima Organizacional, indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.
8. El análisis de las diferencias entre el personal de salud considerando su rango de edad, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.
9. El análisis de las diferencias entre el personal de salud considerando su rango de tiempo de servicios, respecto del Clima Organizacional,

indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.

- 10.El análisis de las diferencias entre el personal de salud considerando su rango de tiempo de servicios, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que no existen diferencias estadísticas significativas en caso alguno.

RECOMENDACIONES

1. Los trabajos de investigación, como el actual, deben tener la necesaria difusión entre las autoridades, docentes y alumnos de la Universidad de tal manera que se pueda generar una discusión saludable tendiente a encontrar alternativas viables para mejorar la calidad de la atención al paciente.
2. Las autoridades deben planificar y organizar la infraestructura y los recursos del Centro Médico Naval de tal manera que el personal de salud puedan contar con los materiales necesarios para desarrollar su labor asistencial.
3. Es necesario desarrollar mayores investigaciones, tanto longitudinales como comparativas sobre el tema propuesto, en diferentes Hospitales y a nivel nacional con el propósito de contar con mayores evidencias empíricas que nos permitan conocer cuál es la situación real de la cultura de seguridad del paciente y del clima organizacional en estos centros hospitalarios.
4. Se debe normar los temas de seguridad del paciente de tal manera que se pueda tratar como un problema del equipo de salud y no como un problema individual.

5. Hay necesidad de normar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir de tal manera que se pueda aprender de ellos y permita mejorar la cultura de seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Brunet, L. (2004) El clima de Trabajo en las Organizaciones: definición, diagnóstico y consecuencias. México, Editorial Trillas
2. Chiavenato, I. (2000). Introducción a la teoría General de la Administración. 2da Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.A Bogotá.
3. Chiavenato, I. (1999) Administración de Recursos Humanos. Bogotá. Editorial Mc Graw Hill
4. Chiavenato, I (2009) .Gestión del Talento Humano. México: Editorial Mc. Graw – Hill.
5. Dessler, G. (1993) Organización y Administración Enfoque Situacional. M
6. Drucker, P. (2002). Los Desafíos de la Gerencia del Siglo XXI. Bogotá: Grupo Editorial Norma. México Prentice Hall. México.
7. Fajardo DG, Rodríguez SJ, Arboleya CH, Rojano FC, Hernández TF y Santacruz VJ. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de salud. Cir Cir 2010; 78: 527-532
8. Goncalves, Alexis. (2000). Fundamentos del clima organizacional. Sociedad Latinoamericana para la Calidad (SLC).
9. Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear (INSAG) (1999). La exposición potencial en seguridad nuclear: INSAG-9. Volumen N° 9 de INSAG (Serie).

10. Hernández, R; Fernández, C y Bautista, P. (2010). Metodología de la Investigación. 4ta Edición, Editorial Mc Graw Hill. México.

11. Instituto de Medicina de los Estados Unidos (1999). Error es humano. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>

12. Litwin, G. & Stringer, R. (1968). Motivation and Organizational Climate. Boston: Harvard Business School Press.

13. Lotito, F. (1992). Relación entre la percepción de clima organizacional y algunas características de personalidad: un estudio exploratorio. Tesis para optar al título de Psicólogo. Santiago. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

14. Martínez, L. (2001). Clima organizacional. [On line]. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos6/clior/clior.shtml>

15. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cultura de la Seguridad del Paciente en Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. (2009). Consultado en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

16. Ministerio de Sanidad (2004). Estándares Nacionales, Actuación Sanitaria Local y Estándares de Asistencia Social y Marco de Planificación 2005/06–2007/08. Disponible en www.dh.gov.uk/publications

17. Navarro R, García A. Las teorías “X” y “Y”. Málaga: Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2007c/340/las%20teorias%20x%20y%20y.htm>

18. Robbins, S. (2009). Comportamiento Organizacional. México. Ed Prentice Hall.
19. Rodríguez, D. (1992). Diagnóstico de clima organizacional. Santiago: ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
20. Schneider, B. (1975). Organizational Climates. An Essay. Personnel Psychology.
21. Stoner, J. (2006). Administración para un mundo globalizado. Ed. Océano. Madrid.
22. The National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report. NQF, Washington, 2003.
23. The National Quality Forum: Safe Practices for Better Health Care. 2006 Update. NQF, Washington 2007.

ANEXOS

INVENTARIO CLIMA ORGANIZACIONAL

Edad.....Sexo.....Empresa.....

.....

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Conviviente ☐

Condición laboral: Nombrado ☐ Contratado ☐

Área de servicios.....Tiempo de servicios.....

Este cuestionario contiene una serie de frases relativamente cortas que permite hacer una descripción de cómo se siente en su trabajo. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a como piense o actúe.

Debe responder marcando con un aspa (X) sobre el número que le corresponda, según la siguiente escala:

- 1. Nunca**
- 2. Casi nunca**
- 3. A veces**
- 4. Casi Siempre**
- 5. Siempre**

-
1. Me gusta comentar en mi círculo social que trabajo en mi institución.
1 2 3 4 5
 2. En la gerencia existe un alto nivel de colaboración e interés por apoyar el trabajo de los demás.
1 2 3 4 5
 3. Recibo información suficiente y adecuada para realizar bien mi trabajo.
1 2 3 4 5
 4. Estoy satisfecho con las funciones que me han asignado.
1 2 3 4 5
 5. Me felicitan cuando realizo un buen trabajo.
1 2 3 4 5
 6. Mi ambiente físico de trabajo es adecuado para el desarrollo de mis funciones.
1 2 3 4 5
 7. Mi jefe inmediato emprende acciones eficaces que permiten desarrollar mi talento y capacidad.
1 2 3 4 5

8. Mi institución satisface mis expectativas de desarrollo profesional y personal.
1 2 3 4 5
9. Mi remuneración está acorde con las responsabilidades de mi cargo.
1 2 3 4 5
10. La carga de trabajo que tiene mi área está bien distribuida.
1 2 3 4 5
11. Considero que los cambios que se están realizando en mi institución son positivos. 1 2 3 4 5
12. Es un privilegio laborar aquí.
1 2 3 4 5
13. Recibo la colaboración que necesito de otros sectores de mi institución.
1 2 3 4 5
14. Mi jefe inmediato me escucha y toma en cuenta mis opiniones.
1 2 3 4 5
15. Siento que mi situación laboral en mi institución mejorará dentro de un año.
1 2 3 4 5
16. En mi institución los trabajadores bien calificados son promovidos.
1 2 3 4 5
17. Las condiciones de higiene en las instalaciones de la institución son adecuadas.
1 2 3 4 5
18. Mi jefe inmediato cumple con sus funciones de manera eficiente.
1 2 3 4 5
19. Tengo oportunidad de desarrollo y promoción dentro de mi línea de carrera laboral. 1 2 3 4 5
20. Mi remuneración está al nivel de los sueldos de mis colegas en el mercado.
1 2 3 4 5
21. Durante mi jornada laboral me encuentro ocupado en ejecutar tareas que no tienen valor agregado.
1 2 3 4 5
22. Los cambios que se están realizando en mi institución ayudan a mejorar mi situación dentro de la empresa.
1 2 3 4 5
23. Hay un sentido de “familia” o equipo.
1 2 3 4 5
24. Mantengo una buena relación con mis compañeros de trabajo.
1 2 3 4 5
25. Existe una buena comunicación y coordinación entre las gerencias.
1 2 3 4 5

26. Estoy satisfecho con mi actual cargo en mi institución.
1 2 3 4 5
27. La institución considera a su personal como el más importante de sus recursos.
1 2 3 4 5
28. Cuento con los materiales y equipos necesarios para realizar bien mi trabajo.
1 2 3 4 5
29. Siento el apoyo de mi jefe inmediato cuando me encuentro en dificultades.
1 2 3 4 5
30. Recibo los cursos de capacitación que realmente necesito para mejorar mi trabajo. 1 2 3 4 5
31. Mi institución otorga buenos y justos beneficios a sus trabajadores.
1 2 3 4 5
32. Cuento con el tiempo suficiente para cumplir adecuada y oportunamente con las tareas que me asignan.
1 2 3 4 5
33. Puedo obtener información sobre los cambios de puestos en mi institución.
1 2 3 4 5
34. Las personas están dispuestas a dar extra para hacer el trabajo.
1 2 3 4 5
35. Considero que mis compañeros de trabajo cumplen con las labores asignadas en forma eficiente.
1 2 3 4 5
36. Mantengo una buena comunicación con mis compañeros de trabajo.
1 2 3 4 5
37. Cuando veo lo que logramos, siento una sensación de orgullo.
1 2 3 4 5
38. En mi institución los trabajadores son reconocidos cuando realizan una buena gestión.
1 2 3 4 5
39. Me siento protegido ante condiciones inseguras de trabajo.
1 2 3 4 5
40. Mi jefe inmediato me permite participar de las decisiones que afectan mi trabajo.
1 2 3 4 5
41. La programación y los horarios de capacitación son adecuados.
1 2 3 4 5
42. A las personas aquí se les paga justamente por el trabajo que hacen.
1 2 3 4 5

43. Los horarios o turnos de trabajo son adecuados para realizar bien mis funciones.
1 2 3 4 5
44. Recibo información sobre lo que está sucediendo en mi institución.
1 2 3 4 5
45. Mi trabajo tiene un significado especial: este no es “sólo un trabajo”.
1 2 3 4 5
46. Uno puede contar con la cooperación de las demás personas.
1 2 3 4 5
47. Tengo la confianza suficiente dentro de la institución para expresar mis ideas.
1 2 3 4 5
48. Me siento bien de la manera que contribuimos como institución a la comunidad.
1 2 3 4 5
49. Todos tienen oportunidad de recibir un reconocimiento especial.
1 2 3 4 5
50. Participo de las actividades culturales y recreacionales que mi institución organiza. 1 2 3 4 5
51. Mi jefe inmediato respalda a sus subordinados frente a sus superiores.
1 2 3 4 5
52. Se me ofrece entrenamiento para desarrollarme más profesionalmente.
1 2 3 4 5
53. Tengo la percepción de posibilidades claras de permanencia en la institución.
1 2 3 4 5
54. A la gente le gusta venir a trabajar.
1 2 3 4 5
55. Las personas aquí se cuidan los unos a los otros.
1 2 3 4 5
56. Conozco los objetivos de mi área de trabajo.
1 2 3 4 5
57. Puedo ser yo mismo en mi lugar de trabajo.
1 2 3 4 5
58. Mi jefe muestra reconocimiento por el buen trabajo y por el trabajo extra.
1 2 3 4 5
59. Los materiales y equipos de trabajo están en buenas condiciones.
1 2 3 4 5
60. Mi jefe fomenta un adecuado ambiente de trabajo.
1 2 3 4 5

61. Cuando las personas cambian de función o de área de trabajo,
se les hace sentir como en casa.
1 2 3 4 5
62. Pienso trabajar aquí hasta que me retire.
1 2 3 4 5
63. Las personas evitan hablar a espaldas de los demás al desempeñar su trabajo.
1 2 3 4 5
64. Las instrucciones que recibo son claras y precisas.
1 2 3 4 5
65. Siento que mi participación es importante.
1 2 3 4 5
66. Los ascensos se les da a quienes lo merecen.
1 2 3 4 5
67. En mi institución el ambiente es agradable.
1 2 3 4 5
68. Mi jefe tiene un panorama claro de los objetivos de la organización
y que debemos hacer para lograrlos.
1 2 3 4 5
69. Mi jefe me mantiene informado acerca de cosas y cambios importantes.
70. Tomando todo en consideración, yo diría que este es un gran lugar donde
trabajar. 1 2 3 4 5
71. Se me brinda sugerencias y opiniones sobre el trabajo realizado para poder
mejorarlo. 1 2 3 4 5
72. Este es un lugar entretenido donde trabajar.
1 2 3 4 5
73. Mi jefe involucra a la gente en las decisiones que afectan su trabajo
y su ambiente de trabajo.
1 2 3 4 5
74. Las comunicaciones en mi institución son adecuadas y oportunas.
1 2 3 4 5
75. Este es un lugar amistoso para trabajar.
1 2 3 4 5
76. Mi jefe hace un buen trabajo asignando y coordinando el personal.
1 2 3 4 5
77. Puedo hacer a mi jefe una pregunta razonable y recibir una respuesta directa.
1 2 3 4 5
78. Este es un lugar saludable (psicológica y emocionalmente) donde trabajar.
1 2 3 4 5

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD

Edad.....Sexo.....

Tiempo de servicios.....

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Conviviente ☐

Condición laboral: Nombrado ☐ Contratado ☐

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, por lo que le solicitamos que conteste todas. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a como piense o actúe, de acuerdo a la siguiente Escala:

Totalmente en desacuerdo	1
En Desacuerdo	2
Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo	3
De Acuerdo	4
Totalmente de Acuerdo	5

Seguridad en el área de trabajo

1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.
1 2 3 4 5
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.
1 2 3 4 5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.
1 2 3 4 5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.
1 2 3 4 5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.
1 2 3 4 5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.
1 2 3 4 5
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.
1 2 3 4 5
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.
1 2 3 4 5

9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.
1 2 3 4 5
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.
1 2 3 4 5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.
1 2 3 4 5
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.
1 2 3 4 5
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.
1 2 3 4 5
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente. 1 2 3 4 5
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.
1 2 3 4 5
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.
1 2 3 4 5
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.
1 2 3 4 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.
1 2 3 4 5

Seguridad brindada por la Dirección

19. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.
1 2 3 4 5
20. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
1 2 3 4 5
21. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.
1 2 3 4 5
22. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.
1 2 3 4 5

Seguridad desde la comunicación

23. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.
1 2 3 4 5
24. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.
1 2 3 4 5
25. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.
1 2 3 4 5
26. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.
1 2 3 4 5
27. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.
1 2 3 4 5
28. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien. 1 2 3 4 5

Frecuencia de sucesos notificados

29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?
1 2 3 4 5
30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?
1 2 3 4 5
31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?
1 2 3 4 5

Seguridad desde la atención primaria

32. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.
1 2 3 4 5
33. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.
1 2 3 4 5
34. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.
1 2 3 4 5

35. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.
1 2 3 4 5
36. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.
1 2 3 4 5
37. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.
1 2 3 4 5
38. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.
1 2 3 4 5
39. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.
1 2 3 4 5
40. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.
1 2 3 4 5
41. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.
1 2 3 4 5
42. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.
1 2 3 4 5